



**Universidade da Beira Interior**  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

Indicadores Ansiógenos e Depressivos em Crianças com Dificuldades  
de Aprendizagem

Susana Duarte

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À  
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO  
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM  
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE CLÍNICA

Covilhã, 2010



**Universidade da Beira Interior**  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

Indicadores Ansiógenos e Depressivos em Crianças com Dificuldades  
de Aprendizagem

Susana Duarte

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À  
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUESITO  
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM  
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE CLÍNICA

Covilhã, 2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Fátima Simões apresentado à Universidade da  
Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de mais, aos meus pais e aos meus amigos por me terem apoiado, ajudado nos momentos mais difíceis, por terem sempre acreditado em mim, por estarem sempre ao meu lado por mais que reclamasse e tivesse perdido a calma. Aos meus bichinhos que com um olhar sempre terno me fizeram seguir em frente.

Agradeço a todos aqueles que conheci ao longo deste ano e que não desistiram de lutar para que chegasse até aqui, nem tão pouco me deixaram desistir de mim mesma numa fase tão difícil e longa. Onde conheci muitas pessoas que me ensinaram a ver as coisas de outra forma, me ensinaram que a vida não é mais que cair e levantar vezes sem conta, mas sempre de cabeça erguida, acreditando sempre que o amanhã será melhor, a elas agradeço também por fazerem agora parte da minha vida.

A todos os que mencionei, quero que saibam que me fizeram sentir o que é verdadeiramente ter bons amigos, não estar sozinha e como isso nos dá segurança e força para caminhar sempre com um sorriso no rosto sem pensar no que de mau pode acontecer, que mais do que nunca estou grata por vos ter ao meu lado hoje e sempre. Espero que jamais vos desiluda e sobretudo, espero que jamais nos separemos. Adoro-vos!

Agradeço a todos os que estiveram envolvidos na minha formação académica.

Por fim, obrigado à vida por me ter ensinado a ver-me com outros olhos.

Esta vitória não é só minha mas de todos os que fazem parte da minha vida. O meu muito obrigado, sem vocês não teria consigo!

*Susana Duarte*

## RESUMO

As dificuldades de aprendizagem estão entre os motivos mais frequentes para procura de atendimento psicológico para crianças. As pesquisas sobre crianças com dificuldades de aprendizagem têm demonstrado a existência de problemas emocionais e comportamentais. Neste sentido, o objectivo primordial deste estudo, é analisar a existência de indicadores de ansiedade/depressão em crianças com dificuldades de aprendizagem, que estão a ser acompanhadas no Centro Distrital do Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano. Participaram no estudo 43 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos. O instrumento utilizado foi o Questionário de Comportamentos da Criança [CBCL – 4/18]. Conclusão: Apenas 9,3% das crianças com dificuldades de aprendizagem, desta amostra, apresentaram indicadores de ansiedade/depressão. Neste sentido, rejeita-se a hipótese principal do estudo, crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de ansiedade/depressão.

**Palavras-Chave:** Depressão Infantil; Ansiedade Infantil; Dificuldades de Aprendizagem; CBCL.

## **ABSTRACT**

Learning difficulties are among the most common reasons for seeking psychological treatment for children. Research on children with learning difficulties have shown the existence of emotional and behavioral problems. In this sense, the primary objective of this study is to analyze the existence of indicators of anxiety/depression in children with learning difficulties, which are being monitored in the District Centre for Development of Children's ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano. The study involved 43 children aged between 7 and 14 years. The instrument used was the Child Behavior Questionnaire [CBCL - 4 / 18]. Conclusion: Only 9.3% of children with learning difficulties, this sample showed indicators of anxiety/depression. In this sense, rejects the hypothesis of the study, children with learning difficulties have indicators of anxiety/depression.

**Key-words:** Childhood Depression, Anxiety Child; Learning Difficulties; CBCL

# ÍNDICE

I - Introdução .....	1
II - Corpo teórico .....	3
1. Ansiedade e Depressão em Crianças .....	3
2. Dificuldades de Aprendizagem .....	11
3. Ansiedade, Depressão e Dificuldades de Aprendizagem .....	14
III - Corpo empírico.....	18
1 – Apresentação do estudo .....	18
1.1 Objectivos .....	18
1.2 Planificação.....	19
1.2.1 Tipo de Estudo.....	19
1.2.2 Definição das Variáveis.....	20
1.2.3 Hipóteses .....	21
2 – Método.....	22
2.1 Participantes.....	22
2.2 Instrumento .....	23
2.3 Procedimentos.....	24
3 – Análise estatística .....	26
3.1 Consistência Interna do Instrumento .....	26
3.2 Estatísticas Descritivas.....	26
3.3 Inferência Estatística.....	27
4 – Resultados.....	29
4.1 Caracterização da Amostra de Crianças participantes .....	29
4.2 Caracterização das escalas do CBCL.....	32
4.3 Caracterização da escala de Ansiedade/Depressão do CBCL .....	39
5 – Discussão dos resultados .....	44
6 – Conclusões.....	48
IV - Referências Bibliográficas .....	50

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Ficha Técnica do Trabalho de Campo .....	25
Tabela 2: Distribuição da Idade das Crianças .....	29
Tabela 3: Composição familiar das Crianças Participantes.....	30
Tabela 4. Características presentes nos Processos Clínicos das Crianças.....	32
Tabela 5. Estatística de Fiabilidade: CBCL.....	32
Tabela 6. Escalas e Factores do CBCL: estatísticas descritivas .....	33
Tabela 7. Frequências e comparação por Género .....	36
Tabela 8. Notas T do CBCL: média, desvio padrão e comparação por género.....	37
Tabela 9. Pontuações em T do CBCL: média, desvio padrão e comparação por Idade .....	38
Tabela 10. Correlação entre as 8 Escalas de Problemas de Comportamento .....	38
Tabela 11. Correlação entre as 8 Escalas de Problemas de Comportamento: por género.....	39
Tabela 12. Escala de Ansiedade/Depressão: estatísticas descritivas .....	40
Tabela 13. Indicadores Ansiógenos/ Depressivos segundo características demográficas das Crianças .....	43

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das Crianças segundo Género .....	29
Gráfico 2: Distribuição das Crianças segundo .....	29
Gráfico 3: Distribuição da Situação Profissional dos Pais ou Responsáveis .....	30
Gráfico 4. Distribuição das Crianças por Ciclo de Ensino segundo o Nível de Escolaridade ..	31
Gráfico 5. Distribuição das Crianças segundo História de Retenção .....	31
Gráfico 6. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL .....	33
Gráfico 7. Perfil das Meninas nas 8 Escalas do CBCL .....	34
Gráfico 8. Perfil dos Meninos nas 8 Escalas do CBCL.....	34
Gráfico 9. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL: faixa etária 4-11 anos .....	34
Gráfico 10. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL: faixa etária 12-18 anos .....	35



Gráfico 11. Pontuações em Nota T das Escalas CBCL: classificação não clínica, limítrofe e clínica.....	35
Gráfico 12. Classificação das pontuações em Nota T dos 2 Factores e Escala Total do CBCL .....	36
Gráfico 13. Escala de Ansiedade/Depressão: pontuações em nota T da amostra .....	40
Gráfico 14. Histograma da Escala Ansiedade/Depressão .....	41
Gráfico 15. Box-plot da Escala Ansiedade/Depressão .....	41
Gráfico 16. Escala de Ansiedade/Depressão segundo o género .....	41
Gráfico 17. Escala de Ansiedade/Depressão segundo a faixa etária .....	42
Gráfico 18. Ansiedade/Depressão segundo Zona de Residência .....	43
Gráfico 19. Ansiedade/Depressão segundo Irmãos .....	43
Gráfico 20. Ansiedade/Depressão segundo a História de Retenção.....	43

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento utilizado .....	56
Anexo 2. Folhas de perfil .....	60
Anexo 3. Autorização .....	62
Anexo 4. Consentimento Informado .....	63

## I - INTRODUÇÃO

O final da infância e início da adolescência são períodos assinalados por diversas mudanças ao nível cognitivo, físico, social e emocional, é um período de experiências que sujeitam tanto a criança como o pré-adolescente a vários níveis de stress e perdas. Podem-se encontrar diferenças nestes períodos do desenvolvimento. Por exemplo, ao nível cognitivo a faixa etária dos 7 aos 11/12 anos designa-se como estágio das operações concretas. Segundo Piaget (*in* Duarte, 2003), é por esta altura que a criança começa a ser capaz de estabelecer relações, a desenvolver a capacidade de perceber diferentes pontos de vista (tanto os seus como os dos outros) e a integrá-los de modo lógico e coerente. Nesta fase, o pensamento da criança já é descritivo e intuitivo. É também aqui que a criança entra na escola sendo este um período de novas adaptações, novas rotinas e relações. Já na faixa etária dos 11/12 aos 15/16 anos, Piaget, designa como sendo o estágio das operações formais, isto é, o período em que a criança passa do pensamento concreto para o abstracto. É por esta altura que começa o desenvolvimento da própria identidade, começam a surgir novos interesses e ideais. O pré-adolescente, por assim dizer, está apto para raciocinar sobre hipóteses abstractas, ou seja, é capaz de pensar e formular hipóteses, que lhe vão possibilitar a definição de novos conceitos e valores.

Nestas fases, como nas outras, é fundamental estar-se atento a modificações do comportamento habitual da criança, uma vez que é através dele que percebemos se a criança está a ter o desenvolvimento esperado para a idade em que se encontra. Crianças cujo seu desenvolvimento está a ocorrer num ambiente de violência, de ausência dos pais, de falta de tempo para brincarem, de pressão por parte do grupo de pares ou dos professores, estão mais susceptíveis de vir a desenvolver problemáticas de foro tanto emocional ou comportamental, como problemas a nível escolar. Uma vez que a criança passa a maior parte do dia na escola, é perfeitamente normal que seja na escola que se observem modificações nos comportamentos da criança.

Deste modo, o objectivo deste trabalho não é diagnosticar as crianças mas, apontar possíveis quadros clínicos que orientem para um acompanhamento pelos profissionais de saúde. Por outro lado, procura levantar informação no sentido de estruturar futuras acções de prevenção junto de pais, professores e das próprias crianças com dificuldades de aprendizagem. Assim, pretende-se analisar a possível existência de indicadores de

ansiedade/depressão em crianças com dificuldades de aprendizagem [D.A.], bem como analisar outro tipo de problemáticas existente nestas crianças.

## II - CORPO TEÓRICO

### 1. Ansiedade e Depressão em Crianças

A ansiedade, caracteriza-se segundo Andrade e Gorenstein (1998, *in* Luiz; Gorayeb; Júnior & Domingos, 2005, p. 373) como “*um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, torna-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie.*” Por outras palavras, a ansiedade torna-se patológica dependendo da intensidade e frequência com que é sentida pela criança, a ansiedade pode assumir diversas formas (Batista & Sisto, 2005) uma vez que é uma reacção natural do ser humano face a situações de perigo e eventualmente face a situações novas, passa a ser invalidante quando começa a interferir com o desenvolvimento natural da criança.

A infância é uma etapa do desenvolvimento humano muito susceptível a estados ansiosos devido à falta de maturidade e falta de experiência, uma vez que as crianças têm de se ajustar e tomar decisões para as quais podem ainda não estar preparadas (Pires, sd). O autor relata que as próprias alterações fisiológicas, a falta de confiança que a criança tem em si mesma, as indecisões e ameaças por que passa podem levar a criança a estados de ansiedade tal que são prejudiciais ao seu desenvolvimento normal. Também Jatobá e Bastos (2007) apontam para o facto de a infância e a adolescência ser um período do desenvolvimento que passa por diversas fases, entre os quais, processos de luto, ou seja, as modificações por que passa o corpo, a libertação dos pais, a identidade e o papel sociofamiliar, a estes processos juntam-se os processos das escolhas afectivas, da autonomia em relação aos pais, as descobertas como um ser com aptidões e alterações biológicas e hormonais.

Para uma melhor compreensão desta perturbação importa referir a distinção entre ansiedade traço e ansiedade estado. Nas palavras de Spielberger (1966, 1972, *in* Costa & Boruchovitch, 2004) a ansiedade estado reporta-se a uma condição emocional passageira do organismo que varia na intensidade e através do tempo. Descreve-se por sentimentos subjectivos, que a criança percebe conscientemente, sentimentos de tensão e apreensão, bem como a existência da activação do sistema nervoso autónomo. O nível de ansiedade estado é

elevado em situações entendidas como ameaçadoras pela criança, independentemente do perigo, no que respeita à intensidade, esta é menor em situações não stressantes.

Por seu lado, a ansiedade traço consiste na disposição para perceber uma vasta gama de situações como perigosas e na tendência para reagir a tais ameaças com reacções de ansiedade estado. As crianças com elevada ansiedade traço inclinam-se mais a perceberem um maior número de eventos como perigosos, ou ameaçadores do que as crianças com baixa ansiedade traço e a reagir a situações ameaçadoras com um aumento de ansiedade estado. Por outras palavras, Marchiori, Garcia, Zuim, Fernandes e Cunha (2007), definem ansiedade traço, como a ansiedade que o sujeito apresenta no momento de um exame e ansiedade estado como um aspecto da personalidade do sujeito.

Por seu turno Carvalho (2001); Cataneo; Carvalhos e Galindo (2005) descrevem ansiedade traço como diferenças individuais relativamente estáveis da criança que a predis põem à ansiedade, ou seja, cada criança tem uma maneira particular e única de reagir perante as situações que ela percebe como ameaçadoras, e ansiedade estado como um estado emocional momentâneo, expresso por sentimentos desagradáveis de apreensão e tensão, que a criança percebe conscientemente. Barlow (2000, *in* Batista & Sisto, 2005, p. 348) descreve a ansiedade como uma *“estrutura cognitivo-afectiva dentro do sistema motivacional, sendo o centro dessa estrutura um sentido de incontrolabilidade, focada na possibilidade de futuras ameaças, perigos ou eventos negativos potencialmente vindouros. Vigilância ou hipervigilância é outra característica da ansiedade que sugere prontidão e preparação para lidar com eventos potencialmente negativos; nesse sentido, a ansiedade é antecipatória”*.

Neste seguimento, interessa referir que as crianças que sofrem de ansiedade manifestam sintomas, tais como, náuseas, palidez, tremores, um medo exagerado do insucesso, exagerada sensibilidade face aos sinais de perigo, aumento do ritmo cardíaco, condutância da pele, transpiração, inquietude, pedem frequentemente ajuda e apresentam comportamentos de evitamento (Bernstein e Borchardt, 1991; Fonseca, 1998, *in* Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). A ansiedade manifesta-se a nível comportamental, fisiológico e verbal (Eysenck, 1992, *in* Costa & Boruchovitch, 2004). Já Buss, em 1966, refere quatro sistemas da ansiedade, entre os quais distingue o sistema cognitivo – esquecimento, distração e “nervosismo”; sistema motor – calafrios, tensão muscular e tremores; sistema somático – palpitação cardíaca, ruborização e suor; sistema afectivo – irritabilidade, pânico e agitação (Costa & Boruchovitch, 2004). Existem crianças que não conseguem verbalizar os seus

medos, o que as leva a manifestar a ansiedade que sentem através de comportamentos que são percebidos como não sendo comuns na sua maneira de agir habitualmente, estas crianças tendem muitas vezes a parecer assustadas, param de falar e choram, podem tornar-se agitadas, a respiração torna-se profunda, manifestam tremores, podendo até mesmo desenvolver incontinência urinária (Kain, Mayes, Wang, et al, 1998, *in* Moro & Módolo, 2004)

Dentro das Perturbação de Ansiedade nas crianças encontra-se a Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Separação, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação de Stress Pós-traumático (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000), Perturbação Obsessivo-Compulsivo, Perturbação de Pânico, outras Perturbações de Ansiedade (Assis, Ximenes, Avanci & Pesce, 2007). As perturbações de Ansiedade são consideradas como uma das perturbações com maior prevalência entre a população infantil e adolescente (Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009). Os autores apontam para uma prevalência de 8 a 12% na população americana (Costello, 1989; Spence, 1998, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009). No Brasil apontam para uma prevalência de 4.6% nas crianças e 5.8% nos adolescentes (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009) Na Inglaterra 3,4% nas crianças e 5,04% nos adolescentes (Ford, Goodman & Meltzer, 2003, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009).

Borges, Manso, Tomé e Matos (2008) fazem referência aos estudos de Essau, Conradt e Peterman (2000), em que os autores indicam uma prevalência entre os 3 e os 13% em adolescentes entre os 12 e os 17 anos, verificando que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos comparativamente aos rapazes, acrescentam ainda que estes sintomas tendem a aumentar com o passar dos anos.

Borges, Manso, Tomé e Matos (2008) fazem também referência ao estudo de Matos, Barrett, Dadds e Short (2003), com população infantil e adolescente portuguesa, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, onde observaram esta tendência das raparigas apresentarem mais sintomatologia ansiosa que os rapazes. Matos e colaboradores dizem ainda que, estas discrepâncias podem ser explicadas por diferenças estabelecidas genética e biologicamente, ou por outro lado, pelas experiências e papéis sociais das mulheres e dos homens na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1998, *in* Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

É de salientar que, em crianças com idades entre os 6 e os 8 anos é mais frequente desenvolver-se a Perturbação de Ansiedade de Separação, já em adolescentes é mais habitual desenvolver-se Perturbação de Ansiedade Generalizada (Swedo; Leonard & Allen, 1994, *in*

Asbahr, 2004). A ansiedade infantil é de etiologia difícil, uma vez que, as suas causas ainda são um pouco desconhecidas, contudo Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000) referem que esta perturbação possivelmente tem causas multifactoriais – factores ambientais diversos e factores hereditários. Assis, Ximenes, Avanci, e Pesce (2007) apontam factores biológicos e familiares como estando na etiologia da ansiedade infantil, neste seguimento explicam que aproximadamente 50% da predisposição à ansiedade deve-se à transmissão genética, contudo Bögles, Brechman-Toussaint (2006, *in* Assis, Ximenes, Avanci, & Pesce, 2007) não são da mesma opinião.

Outro dos aspectos que parece estar no desenvolvimento da perturbação em causa é o tipo de relacionamento que a criança tem com os pais ou responsáveis. Se a criança estabelecer com os pais um relacionamento de insegurança, corre o risco de desenvolver um funcionamento interno, face às situações da vida, com lacunas (Assis, Ximenes, Avanci, & Pesce, 2007). O tipo de relação que a criança cria com os pais vai influenciar o funcionamento interno que ela vai formar para conseguir lidar com as diversas situações que vão surgindo ao longo do seu desenvolvimento (Assis, Ximenes, Avanci, & Pesce, 2007). Não se pode descuidar também a importância dos grupos de pares, professores, outros familiares – irmãos, avós, primos e tios –, outras pessoas relevantes na vida da criança, os meios de comunicação a que a criança tem acesso, como sendo aspectos que também vão influenciar positiva ou negativamente a maneira como a criança aprende a gerir a ansiedade. Assis, Ximenes, Avanci, e Pesce (2007) referem ainda que, os conflitos conjugais, a forma de educar, o tipo de crenças e expectativas que os pais têm relativamente à criança e aos irmãos, também estão relacionados com a perturbação de ansiedade nas crianças. Strauss, Frame, Forehand, (1998); Keller, Lavori, Wunder, Beardslee, Schwals e Roth, (1992, *in* Silva & Figueiredo, 2005) fazem referência ao facto da sintomatologia ansiosa nas crianças poder persistir até à adolescência ou mesmo até a fase adulta caso não seja tratada atempadamente.

A Perturbação de ansiedade pode produzir sérios prejuízos no funcionamento normal da criança e do adolescente (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009), tais como, desinteresse pela vida e baixa auto-estima, além das consequências que trás ao nível do funcionamento imediato (APA, 2000, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009). La Rosa (1998, *in* Costa & Boruchovitch, 2004) menciona consequências ao nível escolar. Walkup e colaboradores (2008, *in* Vianna; Campos & Landeira-Fernandez, 2009) referem que, no caso das crianças que não recebem

atempadamente um tratamento adaptado, esta perturbação pode levar a uma evolução progressiva agravando-se ao longo da vida do sujeito.

Segundo a National Mental Health Information Center (2003) a perturbação de ansiedade pode predispor a criança a problemas de adaptação às futuras situações laborais, futuros problemas de baixa auto-estima, problemas de álcool ou drogas, perturbações de ansiedade na fase adulta, criar problemas ao nível das relações com os pares, bem como prejudicar a nível escolar, isto é, levar a criança a faltar repetidamente e dificultar o término da escola.

As crianças podem caracterizar-se como difíceis, introvertidas, vindo por vezes a ser alvo de punições e críticas (Curatolo & Brasil, 2005). Estes comportamentos podem, em certas ocasiões, ser manifestações do indivíduo, demonstrando que o seu desenvolvimento vital poderá não estar a decorrer da forma mais ajustada. É fundamental que pais e professores sejam sensibilizados no sentido de estarem atentos ao comportamento das crianças, nem sempre só as crianças que manifestam problemas de comportamento necessitam de atenção e eventualmente de intervenção, por vezes também as crianças que não perturbam os adultos, seja em casa ou na escola, que estão quietas, que não fazem barulho e que não perturbam as aulas, requerem cuidados.

O facto de actualmente se perceber a importância de estudar a depressão infantil pode ajudar na prevenção do desenvolvimento de problemas mais graves no futuro (Batista, Batista & Dias, 2001). Andiola e Cavalcante (1999, *in* Ribeiro, Oliveira, Coutinho, & Araújo, 2007) dizem-nos que no caso de a criança não receber intervenção atempadamente, pode vir a desenvolver comportamentos como por exemplo, isolamento e dificuldades em se comunicar. Antes de mais importa distinguir depressão enquanto termo que remete a um estado afectivo normal – tristeza – como a uma perturbação. Quando se fala em sintoma, a depressão é considerada um estado manifestado por sentimentos de disforia, tristeza, desespero. Por seu lado, a síndrome está relacionada com alterações de humor, tais como, a tristeza, a irritabilidade, a apatia, a incapacidade de sentir prazer, a baixa auto-estima, as alterações cognitivas e vegetativas, alterações do sono e do apetite, bem como dificuldades de concentração.

A depressão infantil apresenta alguns sintomas característicos, tais como, mudanças significativas de humor; diminuição das actividades e dos interesses; perda da atenção, diminuição da capacidade de concentração, memorizar e raciocinar; diminuição do



rendimento escolar; perturbações do sono; aparecimento de comportamentos agressivos; auto-depreciação; perda da energia mental e física; queixas somáticas, entre as quais, cefaleia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, vista escura, tonturas, cólicas intestinais; fobia escolar; aumento ou perda de peso; cansaço matinal; choro fácil ou irritação; pessimismo ou negativismo; sentimento de rejeição; enurese e encoprese; ideias mórbidas acerca da vida; ideação e tentativa de suicídio; comportamentos destrutivos e anti-sociais; ansiedade e hipocondria, perda do interesse por pessoas e isolamento (Ballone, 2003). O autor refere ainda que a sintomatologia depressiva nas crianças e nos adolescentes é atípica, deste modo pode ser encoberta pela irritabilidade, agressividade, rebeldia ou mesmo hiperactividade. A hiperactividade manifesta-se sobretudo nas crianças mais novas uma vez que estas não conseguem exprimir verbalmente como se encontram emocionalmente.

Curátolo (1999, *in* Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005) estudou a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, descrevendo-a por faixa etária. Deste modo, a sintomatologia manifesta-se nos bebés com choro frequente e fraco sem motivo orgânico, uma expressão facial triste, apatia, hipoactividade com redução dos movimentos antecipatórios, lentificação, insónia, irritabilidade e desinteresse por brincadeiras que anteriormente eram tidas como interessantes, diminuição do apetite e consequente perda de peso ou dificuldade em ganhar peso, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, sobretudo motor e da linguagem.

Ballone (2003) explica que a sintomatologia depressiva numa fase pré-verbal pode manifestar-se por humor depressivo através de expressões mímicas, isto é, mímica pobre e pouco expressiva (Curatolo & Brasil, 2005) e de expressões comportamentais; isolamento social; inquietação; choro frequente; recusa em comer; apatia e alterações do sono. Nas idades pré-escolares manifesta-se por dificuldades de separação, disforia, alterações do apetite, queixas somáticas, sobretudo sintomas gastrointestinais e cefaleia, alterações do sono - geralmente insónias -, anedonia, isolamento social, agitação psicomotora, atraso psicomotor, movimentos e linguagem lentificados, expressão facial triste, modificação na postura corporal com tronco arcado, modificação do tom de voz - monótono e baixo -, apatia, indiferença e desinteresse (Curatolo, 1999, *in* Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005).

Na idade escolar manifesta-se com humor depressivo - nesta faixa etária a criança diz sentir-se triste, culpada, infeliz -, queixas somáticas - sobretudo dor abdominal ou cefaleia -, redução da criatividade, da compreensão e iniciativa, ideação suicida, aumento ou diminuição do apetite, hipersónia ou insónia, psicomotor com reacções, movimentos e linguagem

lentificados, agitação psicomotora, disforia, anedonia, falta de energia e cansaço frequente, recusa em ir para a escola, pensamento lentificado, dificuldades de concentração, quebra no rendimento escolar (Curatolo, 1999, in Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005).

Na adolescência manifesta-se por falta de esperança, angústia, inquietação, agressividade, dificuldade em lidar com os sentimentos de baixa auto-estima, desamparo, desilusão consigo próprio, pensamentos depressivos, sentimentos de inutilidade e inferioridade, descrevem-se a si mesmos de modo negativo, auto-recriminam-se, isolam-se, apresentam pensamentos de hipocondríacos, abuso de álcool e drogas, quebra do desempenho escolar, perda do interesse por coisas ou actividades antes sentidas como importantes, sentimentos constantes de medo, insegurança, culpa, apatia e desanimo, diminuição da compreensão, criatividade e iniciativa, alterações do sono geralmente com hipersónia, alteração no peso, queixas somáticas - vômitos, náuseas, dores abdominais, cefaleia - (Curatolo, 1999, in Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005).

A criança depressiva pode apresentar comportamentos, tais como, incapacidade para se envolver em actividades que antes lhe davam prazer, demonstrar indiferença e desinteresse, choro fácil, ou triste e inexpressivo (Coutinho, 2000, in Cunha, et al., 2005). Contudo, de acordo com o *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002, p. 349) há que ter em conta que nas crianças a sintomatologia depressiva pode apresentar “*humor irritável ou o trato difícil podem desenvolver-se em vez do humor triste ou desanimado*”. Irritabilidade esta que não deve ser confundida com a irritabilidade de uma “criança mimada” que não consegue o que quer (DSM-IV-TR, APA, 2002).

As perturbações depressivas segundo Bahls (1999, in Bahls & Bahls, 2002) são das doenças que têm uma maior prevalência na população em geral. A depressão na população mais jovem tem uma prevalência de 0,4 a 3,0% em crianças e 3,3 a 12,4% nos adolescentes (Bahls, 2002). Fleming e Offord (1990, in Curatolo & Brasil, 2005) falam numa prevalência de cerca de 2% em pré-adolescentes e de 6% em adolescentes. De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association – APA, 2002) não existem diferenças significativas quanto ao género.

A literatura diz-nos que a depressão infantil pode estar relacionada com circunstâncias familiares adversas, com privações afectivas, com factores de stress psicossociais (Harrington, et al., 1990; Harrington, 2000, in Curatolo & Brasil, 2005) e com disfunções socioeconómicas (Nakamura & Santos, 2007). Outros factores que podem despoletar a depressão na criança

podem ser a falta ou perda de alguém significativo; as exigências feitas à criança por parte de professores, familiares ou grupo de pares; e o facto de a criança não conseguir lidar com as perdas ou situações que lhe causem frustração (Guilhardi, 2006).

A depressão pode ser classificada como endógena, isto é, pode possuir uma origem biológica ou como exógena/ reactiva quando está relacionada com variáveis psicológicas/emocionais. A primeira consiste numa provável disfunção dos neurotransmissores - tais como, a noradrenalina, a dopamina e a serotonina, que são responsáveis pelos estados de humor e pelas emoções (Fonseca & Souza dos Anjos, 2002) - ou falhas nas áreas cerebrais, ou seja, é adquirida através da transmissão genética. No que respeita à segunda, do ponto de vista psicológico está relacionada com características da personalidade da criança/adolescente, da baixa auto-estima e autoconfiança. Do ponto de vista social pode estar associada a uma inadaptação ou chamada de atenção, assim como, ser uma consequência da violação dos mecanismos culturais, familiares e escolares (Barreto, 1993; Amaral e Barbosa, 1990, *in* Andriola & Cavalcante, 2007)

Miller (2003) chama a atenção para o facto dos bebés e das crianças pequenas que passam por situações traumáticas podem manifestar, o que designa o autor de, “depressão analítica”, ou seja estas crianças quando são separadas das mães apresentam recusa em se alimentar, uma expressão triste, assim como uma incapacidade de interacção. Alguns autores referem que as crianças cuja família possui história de depressão estão três vezes mais propensas a ficarem deprimidas, outros factores que podem levar à depressão infantil são os estressores ambientais, o ambiente familiar, abuso sexual e físico, perda de um membro da família ou da rede social (Shafii e Shaffi, 1992; Brent, 1993; Lewinsohn & Rodhe, 2000; Garrison, Jackson, Marsteller, Mcknown & Addy, 1990, *in* Bahls, 2002).

Desde que se começou a estudar a depressão infantil que se tem vindo a perceber o quanto esta perturbação pode ser invalidante, uma vez que afecta múltiplas funções (Bahls, 2002b, *in* Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006), bem como alterações no funcionamento emocional e psicossocial (Baptista, 1997; Fu, Curatolo & Friedrich, 2000; Goodman, Schwab-Stone, Lahey, Schaffer & Jensen, 2000; White, 1989, *in* Cruvinel, & Boruchovitch, 2009). A nível de desempenho individual (Noel & Davis, 2005), podem apresentar, atrasos cognitivos, perturbações do sono e/ou dificuldades de concentração (Kazdin & Marciano, 1998, *in* Barros et al, 2006), graves prejuízos no desempenho académico (Bahls, 2002b, *in* Barros et al, 2006), problemas de comportamento e ideações e tentativas suicidas (Martin & Cohen, 2000; Assumpção Jr & Kuczynski, 2001, *in* Cunha et al,

2005). É também passível de causar danos significativos a nível familiar (Noel & Davis, 2005; Baptista, 1997; Fu, Curatolo & Friedrich, 2000; Goodman, Schwab-Stone, Lahey, Schaffer & Jensen, 2000; White, 1989, *in* Cruvinel, & Boruchovitch, 2009) e a nível psicossocial, (Bahls, 2000b, *in* Barros, et al, 2006). Ballone (2003) acrescenta ainda o facto da depressão infantil poder comprometer o processo de maturidade psicológica.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) muitas crianças com Sintomatologia Depressiva podem ter Dificuldades de aprendizagem. Também, Cruvinel e Boruchovitch (2003) defendem a existência de uma relação entre sintomas depressivos em crianças e adolescentes e o seu rendimento escolar. Referindo, que quando se trata de crianças com Dificuldades de aprendizagem a taxa de sintomatologia depressiva aumenta consideravelmente (Cruvinel & Borouchvitch, 2003). Ballone (2003) é outro dos autores que chama a atenção para este aspecto, referindo que na idade escolar as dificuldades de concentração, o cansaço e as dificuldades em memorizar são aspectos que podem prejudicar tanto o rendimento como a aprendizagem escolar.

Neste seguimento parece-me importante apontar alguns sinais aos quais os professores devem estar atentos, entre os quais: humor deprimido – onde se podem incluir a perda do prazer por actividades que antes a criança gostava, sentimentos de falta de esperança, expressão triste, é de salientar que por vezes o humor deprimido é substituído por humor irritável, isolamento; diminuição do rendimento escolar habitual ou eventualmente a recusa em ir à escola; diminuição da capacidade de concentração e aparecimento de fadiga, ou seja, dá erros banais, distraí-se facilmente, parece cansado, este cansaço pode eventualmente ser substituído por uma agitação fora do habitual; alteração do apetite e do sono; ideias de culpa e diminuição da auto-estima; revela queixas somáticas, tais como, cefaleias e dor abdominais (Sukiennik, Segal, Salle, Plitcher, Teruchkin & Preussler, 2000).

## **2. Dificuldades de Aprendizagem**

As dificuldades de aprendizagem cada vez mais têm sido alvo de investigações, não só devido à sua diversidade e dificuldades em caracterizar, bem com a necessidade de se identificarem e prevenir o mais precocemente possível, de preferência ainda na pré-escola como refere Ballone (2005). Num estudo realizado por Marinho-Araújo & Neves (2006), as crianças com esta problemática apresentam um bom potencial intelectual apesar de

expressarem problemas nalgumas aquisições cognitivas, exigindo deste modo, diferentes estratégias e recursos pedagógicos, bem como a necessidade de respeitar os ritmos e os estilos de aprendizagem destes alunos.

As Dificuldades de aprendizagem no início do percurso escolar são extremamente comuns e podem aparecer no contexto de dificuldades a um nível global ou por outro lado de forma isolada (Strecht, 2008). Podem variar em termos de gravidade, isto é, terem um impacto global sobre a aquisição de aprendizagens, assim como muitas das deficiências são tão imperceptíveis e específicas que interferem simplesmente em algumas actividades específicas, deste modo, há que ter sempre em conta que cada aluno com este tipo de perturbação é um caso único (Smith; Strick, 2001, p. 57, in Leonhardt & França, 2007). Denominam-se de dificuldades de aprendizagem, quando as crianças têm um rendimento inferior ao que é esperado para a idade cronológica, para o nível intelectual ou para a escolaridade, na aprendizagem da leitura, da escrita, e da aritmética (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Devido à complexidade das Dificuldade de Aprendizagem e à variedade de definições propostas ao longo dos anos, esta é uma área difícil de caracterizar (Suehiro, 2006). Contudo, para além da caracterização referida no DSM-IV-TR, alguns autores caracterizam as dificuldades de aprendizagem como uma perturbação que se manifesta por dificuldades na obtenção e utilização da escuta, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio, do cálculo (Stefanini & Cruz, 2005), e da soletração (Suehiro & Santos, 2005). Áreas estas que Dockrell e Mcshane (1997, in Suehiro, 2006) referem como aspectos específicos das dificuldades de aprendizagem e casos em que as crianças têm uma aprendizagem mais lenta do que o normal num conjunto de actividades, como sendo aspectos gerais das dificuldades de aprendizagem. Hammill e Sisto (2001, in Suehiro & Santos, 2005) chamam atenção para o facto de que as crianças com esta perturbação não apresentam necessariamente deficiências visuais, motoras, auditivas, mentais ou mesmo alterações de ordem emocional.

Outra das definições é a de Kirk e Bateman (1962, in Muñoz, Fresneda, Mendoza, Carballo & Pestun, 2005), que definem a perturbação como um atraso, perturbação ou desenvolvimento tardio em um ou mais dos processos de fala, leitura, linguagem, escrita, aritmética ou outras matérias escolares, como resultado de uma deficiência psicológica causada por uma possível disfunção cerebral e/ou por perturbações emocionais ou de comportamento. Não é resultado de um atraso mental, de factores culturais ou privação sensorial ou instrucionais (Kirk & Bateman, 1962, in Muñoz, et al., 2005). Marinho-Araújo e

Neves (2006) apontam para problemas de foro cognitivos, perceptivos, psicolinguísticos, emocionais, de atenção, psicomotores.

Ballone (2005) divide as dificuldades de aprendizagem em primária e secundária. As primárias são as que não se podem atribuir a elementos psico-neurológicos, ou seja, são disfunções cerebrais onde estão inseridas as perturbações da leitura, as perturbações da matemática, as perturbações da expressão escrita, as perturbações da linguagem falada, dentro desta, inserem-se a perturbação da linguagem expressiva e a perturbação mista da linguagem receptivo-expressiva. As secundárias resultam de alterações biológicas/ neurológicas, alterações emocionais e comportamentais. Por exemplo no caso das neurológicas são as lesões cerebrais, paralisia cerebral, epilepsia e deficiência mental, abarcam os sistemas sensoriais, através deficiência visual, auditiva e hipoacusia. As alterações neurológicas prejudicam ainda a memória, a síntese, a discriminação, a relação espacial (Ballone, 2005). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), dependendo da avaliação e das definições seguidas, as dificuldades de aprendizagem têm uma prevalência que varia entre os 2% e os 10%, na população em geral.

As lesões perinatais, predisposições genéticas, diversas doenças neurológicas ou outro estado físico geral, podem estar relacionados com o desenvolvimento das ditas dificuldades. Contudo não significa que estes problemas só por si possam despoletar as dificuldades, sendo deste modo de difícil etiologia, uma vez que existem sujeitos com dificuldades de aprendizagem que não apresentam qualquer uma destes problemas (DSM-IV-TR, APA, 2002). Ballone (2005) aponta quatro situações onde podem ocorrer dificuldades de aprendizagem: quando existe prejuízo da atenção; quando existe severo prejuízo do interesse da criança; quando a performance global da criança está prejudicada; quando existe prejuízo na cognição, que podemos subdividir em detrimento no processamento das informações e detrimento na apreensão de informações.

Vários autores têm chamado a atenção para as implicações das dificuldades de aprendizagem na criança (Stefanini & Cruz, 2006), ao nível das relações sociais, da auto-estima, do auto-conceito (Muñoz, et al., 2005). No que respeita ao auto-conceito, num estudo de Carneiro, Martinelli e Sisto (2003), os autores concluem que nem sempre as dificuldades de aprendizagem interferem no auto-conceito familiar ou social, contudo crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a ter um auto-conceito escolar mais baixo do que crianças sem dificuldades de aprendizagem. Outra das implicações diz respeito às expectativas de desenvolvimento do “eu”, que segundo Marinho-Araújo e Neves (2006),

podem promover desequilíbrios emocionais que afectam a personalidade global da criança, assim como também os processos básicos de aprendizagem.

Jacob e Loureiro (1996); Machado e colaboradores (1994, *in* Stefanini & Cruz, 2006) acrescentam ainda implicações ao nível de problemas socio-emocionais e comportamentais. É ainda de salientar relativamente a estes problemas comportamentais o facto de estes poderem levar as crianças a apresentarem comportamentos agressivos, hiperactivos, extrovertidos ou delinquentes, ou por outro lado, leva-as a apresentarem-se inseguras, introvertidas, depressivas, imaturas, sem auto-confiança ou mesmo ansiosas (Stefanini & Cruz, 2006). Ainda segundo as autoras, estas crianças podem manifestar dores de cabeça, nervosismo, dependência da figura materna, impaciência, dificuldades de sono, insegurança, timidez, medo, irritabilidade, preocupação, agitação e desobediência, estes aspectos foram apontados pela avaliação realizada com as mães (Stefanini & Cruz, 2006). Segundo a avaliação realizada com as professoras, podem-se observar comportamentos tais como, falta de persistência, desinteresse, apatia, lentidão, retraimento, confusão e desatenção (Stefanini & Cruz, 2006), Lopes (2005) acrescenta ainda problemas como as alterações de humor, hipersensibilidade, mentiras, medos específicos, timidez excessiva, birras e ciúmes.

### **3. Ansiedade, Depressão e Dificuldades de Aprendizagem**

Uma vez que as dificuldades de aprendizagem podem acarretar uma serie de problemas para as crianças seja a nível social, académico, não pode ser esquecido que também acarreta prejuízos ao nível emocional, neste sentido há que manter presente que por vezes as crianças apresentam comportamentos que passam completamente despercebidos aos adultos. Estas podem caracterizar-se como difíceis, introvertidas, vindo por vezes a ser alvo de punições e críticas (Curatolo & Brasil, 2005). Estes comportamentos podem, em certas ocasiões, ser manifestações do individuo, demonstrando que o seu desenvolvimento vital poderá não estar a decorrer da forma mais ajustada. Num estudo realizado por Abou-Nazel, Fahmy e Younis (1991, *in* Bahls, 2002), com 1561 adolescentes entre os 11 e os 17 anos, concluíram que o desempenho académico é um factor de alto risco para a depressão nesta população. Ballone (2003) refere que o baixo rendimento escolar pode interferir com o

desenvolvimento da criança/ adolescente, assim como aumentar os sentimentos de preocupação e angústia.

Atienza, Cuesta e Galán (2002, *in* Borges, Manso, Tomé, Gaspar de Matos, 2006) realizaram um estudo com jovens entre os 12 e os 16 anos, onde concluíram que existe uma relação linear entre sintomas depressivos e o rendimento escolar, sendo que as meninas apresentaram índices mais elevados de sintomatologia depressiva e pior rendimento escolar, assim como os jovens deprimidos apresentaram maior desinteresse escolar, dificuldades de concentração e atenção. Na região de Lisboa foi realizado um estudo por Marujo (1994, *in* Borges, Manso, Tomé, Gaspar de Matos, 2006), com 2069 crianças e adolescentes do 3º ao 9º ano de escolaridade, uma das conclusões a que se chegou foi que os alunos que já tinham reprovado apresentavam maiores índices de depressão.

Cunha (2008) realizou um estudo com uma amostra de 560 alunos do 1º ao 9º ano de escolaridade, com o objectivo de observar as repercussões das dificuldades de aprendizagem na área afectiva das crianças e dos próprios pais, assim como a progressão escolar e aspectos comportamentais destes alunos. Os resultados do estudo sugerem que, em alguns aspectos existem diferenças no que respeita à classe social e ao género, por exemplo, uma frequência mais elevada de dificuldades de aprendizagem e reprovações escolares nas classes sociais mais baixas; “scores” médios nos testes de inteligência mais elevados no género masculino e nas classes mais favorecidas do ponto de vista sócio-cultural e económico; problemas de aprendizagem e de comportamento ao nível da atenção e motivação, bem como o comportamento perturbador – por exemplo oposição, hiperactividade e indisciplina – afecta mais os rapazes e, ao nível do cálculo e do raciocínio, assim como do comportamento não perturbador – inibição, apatia e autoconfiança – afecta mais as raparigas. Verificou ainda que as crianças sem dificuldades de aprendizagem apresentavam “scores” mais altos nas provas cognitivas, relativamente às crianças com dificuldades de aprendizagem, assim com não são tão afectados por sentimentos de desvalorização pessoal, menos problemas de aprendizagem-comportamento e atingem uma taxa mais elevada de sucesso escolar. Barbosa e Barbosa (sd) referem que estes dois constructos se podem influenciar, ou seja, podem apresentar-se de uma maneira interdependente, ou por outro lado um pode estar a causar a outro.

Nos estudos de Palladino e cols. (2001, *in* Cruvinel & Boruchovitch, 2004); Pekrun, Goetz, Titz e Perry (2002, *in* Cruvinel & Boruchovitch, 2004) os autores referem que a sintomatologia depressiva interfere não só no rendimento escolar da criança mas também ao nível dos hábitos de estudo. Neste seguimento, Cruvinel e Boruchovitch (2004), referem



ainda que a sintomatologia depressiva quando diagnosticada atempadamente, permite que sejam criadas intervenções cognitivas e estratégias afectivas que ajudem a criança lidar melhor com as suas emoções e pensamentos negativos e deste modo atingir um melhor desempenho académico. Andriola e Cavalcante (2007) num estudo realizado, cujo objectivo foi avaliar a depressão em alunos da pré-escola, concluíram que 3,9% das crianças manifestaram depressão.

Santos e Graminha (2006) procuraram identificar a incidência de problemas emocionais e comportamentais que aparecem associados ao desempenho escolar, os resultados apontaram que a maioria das crianças do grupo com baixo rendimento académico obtiveram escores indicativos da presença de problemas emocionais e comportamentais, comparativamente ao grupo com alto rendimento académico específicos de comportamento.

Num estudo de Enumo, Ferrão & Ribeiro (2006), os autores referem que os resultados obtidos vão de encontro ao estudo realizado por Rutter (1989, *in* Enumo, Ferrão & Ribeiro, 2006), que identificou uma frequência alta de problemas emocionais, tais como, sintomas de desatenção, depressão e comportamentos desviantes, em crianças, com problemas associados à leitura, cujas idades compreendiam entre os seis e os doze anos. Um outro estudo conclui que adolescentes com dificuldades de aprendizagem possuem elevados níveis de ansiedade, assim como maior risco de depressão e uma maior tendência para comportamentos suicidas comparativamente a colegas sem dificuldades de aprendizagem (Huntington e Bender, 1993, citado por Maugban et al., 2003, *in* Tomé e Gaspar de Matos, 2006).

Weinberg, et al. (1989, Cruvinel e Boruchovitch, 2003, *in* Tomé e Gaspar de Matos, 2006) estudaram a relação entre dificuldades de aprendizagem e a depressão, concluindo que 35% das crianças e adolescentes dos 6 aos 15 anos de idade com dificuldades de aprendizagem apresentam uma incidência elevada de sintomatologia depressiva.

Num estudo com 11 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 12 e 18 anos, verificou-se que adolescentes com sintomatologia depressiva apresentam um vínculo inadequado com os pais e uma fraca rede de apoio social (Schneider & Ramires, 2007).

Borsa e Nunes (2008), estudaram uma amostra de 146 pais de crianças entre os 6 e os 10 anos de idade, onde procuraram analisar o nível de concordância entre os pais no preenchimento do CBCL. Os autores concluíram que pais e mães não concordam relativamente aos problemas dos filhos.

Num trabalho realizado por Oliveira (2008), o autor fala sobre a relação entre a ansiedade e a escola, no sentido de alertar pais e professores para estes constructos. Refere ainda que quando a ansiedade não é identificada e tratada pode trazer sérios problemas a nível escolar para a criança, pelo que é importante estar atento e intervir atempadamente.

Bartolomeu, Sisto e Rueda (2006) estudaram a relação entre problemas emocionais e os erros na escrita, numa amostra de 88 alunos, onde puderam constatar que os alunos com dificuldades de aprendizagem manifestavam ansiedade, um baixo auto-conceito, timidez, dificuldades de comunicação.

Por fim, também num estudo com 155 crianças, realizado por Costa e Boruchovitch (2004), conclui-se que a ansiedade nas crianças pode interferir na aprendizagem das crianças.

### **III - CORPO EMPÍRICO**

## **1 – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

### **1.1 Objectivos**

#### **OBJECTIVO GERAL:**

O presente estudo tem como objectivo principal estudar e analisar a possível existência de indicadores Depressivos e Ansiógenos em crianças com dificuldades de aprendizagem, que frequentam a consulta do Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano. Pretende ainda avaliar a influência ou relação de características sócio-demográficas, percurso escolar e a presença de outras psicopatologias infantis. Neste sentido, este estudo pretende contribuir para a elaboração de um plano futuro de intervenção conducente a uma melhoria dos serviços prestados pelo Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança, bem como apelar à importância de intervir precocemente junto destas crianças como forma de prevenir o seu envolvimento noutras problemáticas.

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (OE):**

Mais especificamente, constituem objectivos desta investigação:

- Identificar se existem indicadores de ansiedade/depressão em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças mais velhas com dificuldades de aprendizagem.
- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças com dificuldades de aprendizagem, do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino.
- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças com dificuldades de aprendizagem, do meio rural comparativamente ao meio urbano.
- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças com dificuldades de aprendizagem, que integram famílias monoparentais.

- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças com dificuldades de aprendizagem, que não têm irmãos.
- Identificar se existem indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados em crianças com dificuldades de aprendizagem, com história de reprovações escolares.
- Identificar se existem indicadores de isolamento em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores de queixas somáticas em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores de problemas de pensamento em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores de problemas de atenção em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores de comportamento delinquente em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores de comportamento agressivo em crianças com dificuldades de aprendizagem, nos itens do CBCL.
- Identificar se existem indicadores nos itens do CBCL mais elevados, em crianças com dificuldades de aprendizagem do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino.
- Identificar se existem indicadores nos itens do CBCL mais elevados, em crianças com dificuldades de aprendizagem mais novas comparativamente às mais velhas.

## **1.2 Planificação**

### **1.2.1 Tipo de Estudo**

Quanto ao modelo de investigação, trata-se de um tipo de estudo descritivo e correlacional, ou seja, centrado na descrição e caracterização de variáveis e na compreensão e predição de fenómenos através da formulação de hipóteses sobre as relações entre variáveis, respectivamente (Almeida & Freire, 2007).

### 1.2.2 Definição das Variáveis

As variáveis são características que são medidas, controladas e manipuláveis. Diferem em muitos aspectos, principalmente no papel que lhes é atribuído e a forma como podem ser medidas.

De acordo com a característica que pretendem medir, as variáveis agrupam-se em três grupos distintos, a saber:

- Variáveis sócio-demográficas e familiares: idade, género, situação profissional do pai e da mãe, zona geográfica e composição familiar (medida pelas variáveis estrutura familiar e número de irmãos);
- Variáveis Escolares e Clínicas: ano de escolaridade que frequenta, nível de ensino, história de retenção, responsável que preencheu o questionário, técnico que efectuou o pedido de consulta;
- Indicadores de Problemas Comportamentais: oito escalas - isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente e comportamento agressivo; os factores internalização, externalização e a escala total, do CBCL.

A escolha do tratamento estatístico adequado torna ainda necessário identificar as escalas ou níveis de medidas de cada uma das variáveis em estudo. Existem quatro escalas ou níveis de medidas das variáveis: nominal, ordinal, intervalar e rácio. As utilizadas no presente estudo foram as três primeiras. Pestana e Gageiro (2005) apresentam uma definição para cada tipo de escala:

- As escalas nominais definem-se como aquelas em que os números servem para nomear, identificar e categorizar os dados. São exemplo deste tipo de escala as variáveis: género; história de retenção; quem preencheu o questionário; profissão dos pais; zona geográfica de residência; estrutura familiar; e, técnico que efectuou o encaminhamento.
- Numa escala ordinal<sup>1</sup> apenas podem ser distinguidos diferentes graus de um atributo ou variável, existindo entre eles uma relação de ordem, não quantificável. O ano de escolaridade e o nível de ensino são exemplos de variáveis em estudo medidas neste tipo de escala. Também as escalas de Likert, vulgarmente utilizadas nas Ciências Sociais e do

---

<sup>1</sup> De salientar, que ao nível da análise estatística não se podem utilizar técnicas paramétricas para este tipo de escala.

Comportamento, são exemplo de escalas do tipo ordinal. No presente estudo são deste tipo os 120 itens que compõem o CBCL.

- Uma escala intervalar é aquela em que as variáveis assumem valores quantitativos e permitem comparar diferenças entre medições. São exemplo deste tipo de variáveis: a idade, o número de irmãos, cada uma das subescalas do CBCL.

Em geral, os dados que apresentam somente propriedades nominal e ordinal são classificados como dados não-métricos ou variáveis qualitativas, enquanto os dados com propriedades de intervalo ou razão são classificados como dados métricos ou variáveis quantitativas.

### 1.2.3 Hipóteses

- Hipótese 1 (H1): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores depressivos e ansiógenos, nos itens do CBCL.

- Hipótese 2 (H2): Crianças com dificuldades de aprendizagem mais velhas, apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados.

- Hipótese 3 (H3): Crianças do sexo feminino com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados comparativamente a crianças do sexo masculino.

- Hipótese 4 (H4): Crianças do meio rural com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados comparativamente a crianças do meio urbano.

- Hipótese 5 (H5): Crianças com dificuldades de aprendizagem que integram famílias monoparentais apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados.

- Hipótese 6 (H6): Crianças com dificuldades de aprendizagem que não têm irmãos apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados.

- Hipótese 7 (H7): Crianças com dificuldades de aprendizagem com história de reprovações escolares apresentam indicadores depressivos e ansiógenos mais elevados.

- Hipótese 8 (H8): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de isolamento, nos itens do CBCL.

- Hipótese 9 (H9): Crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de queixas somáticas, nos itens do CBCL.

- Hipótese 10 (H10): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de problemas de pensamento, nos itens do CBCL.
- Hipótese 11 (H11): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de problemas de atenção, nos itens do CBCL.
- Hipótese 12 (H12): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de comportamento delinvente, nos itens do CBCL.
- Hipótese 13 (H13): Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de comportamento agressivo, nos itens do CBCL.
- Hipótese 14 (H14): Crianças com dificuldades de aprendizagem do sexo feminino apresentam indicadores nos itens do CBCL mais elevados do que crianças do sexo masculino.
- Hipótese 15 (H15): Crianças com dificuldades de aprendizagem mais novas apresentam indicadores nos itens do CBCL mais elevados do que crianças mais velhas.

## **2 – MÉTODO**

### **2.1 Participantes**

A amostra em estudo é constituída por 43 crianças, que compareceram à consulta de Psicologia, do Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, por apresentarem um diagnóstico de dificuldades de aprendizagem. A amostra é composta por 16 raparigas e 27 rapazes, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos. O método de amostragem utilizado foi o não-probabilístico, isto é, onde a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. Este tipo de amostragem é também conhecido por amostragem intencional, por ser subordinado a objectivos específicos ou a critérios de conveniência e/ou disponibilidade da amostra.

Antes do início do processo de avaliação, foram explanados os objectivos do estudo a todos os sujeitos, sob consentimento dos responsáveis dos mesmos. As respostas ao questionário foram dadas pelos responsáveis. A confidencialidade das informações fornecidas foi garantida, bem como assegurada a possibilidade de parar a colaboração em qualquer momento.

## 2.2 Instrumento

O instrumento aplicado tem a designação de *Child Behavior Check List* (CBCL) (anexo 1), na versão portuguesa designado de Inventário do Comportamento da Criança para Pais. Este questionário foi escolhido para este estudo por possibilitar registar os comportamentos e as competências da criança, assim como permitir analisar a presença ou não de outro tipo de problemáticas infantis para além da sintomatologia depressiva e ansiógena. O CBCL faz parte do Modelo Multiaxial de Achenbach – ASEBA – (Achenbach, 1991<sup>a</sup>, 1991b, 1991c, 1991d, 1993; McConaughy & Achenbach, 1994; Achenbach & McConaughy, 1997, *in* Gonçalves & Simões, 2000). Este modelo foi desenvolvido com o objectivo de entender a psicopatologia infantil de um modo dimensional, no sentido de avaliar a intensidade e a frequência dos problemas comportamentais (Gonçalves & Simões, 2000). O ASEBA é constituído por três provas, o CBCL (*Child Behavior Checklist*) preenchido pelos pais ou cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos; o TRF (*Teacher Report Form*) preenchido pelos professores de crianças em idade escolar e o YSR (*Youth Self Report*) preenchido pelas próprias crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (Gonçalves & Simões, 2000).

O CBCL é subdividido em duas secções, uma com perguntas referentes às competências da criança (em áreas como passatempos, desportos, desempenho escolar, interacção social e actividades), uma outra constituída por 120 itens registados numa escala de frequência de 0 a 2, sendo 0 – não é verdadeiro, 1 – às vezes verdadeiro, e 2 – muitas vezes verdadeiro, que listam uma série de comportamentos desejáveis e disruptivos (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). O questionário permite a elaboração de um perfil, um para rapazes e outro para raparigas, cujo ponto de corte encontra-se no percentil 98 (Gonçalves & Simões, 2000). O perfil permite analisar a distribuição dos problemas em oito escalas: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Atenção, Problemas de Pensamento, Comportamento Agressivo e Comportamento Delinquente; dois factores referentes à Externalização e à Internalização (Gonçalves & Simões, 2000). O factor de externalização é descrito em termos de padrões de comportamento manifestos e desajustados, denominados também de problemas de comportamento, como agressividade, a agitação psicomotora, o comportamento delinquentes. Já o factor internalização é descrito em termos de padrões comportamentais privados desajustados, denominados também de problemas emocionais, como tristeza e isolamento. Assim, a externalização refere-se a uma atribuição externa, enquanto a internalização corresponde a



uma atribuição interna (Gonçalves & Simões, 2000). Para a escala de internalização faz-se o somatório das subescalas Isolamento, queixas somáticas e ansiedade/depressão subtraindo o item 103. Para a escala de externalização faz-se o somatório das subescalas de comportamento delinquente e comportamento agressivo. A análise do resultado global deste questionário é feita através de uma escala obtida pela soma dos valores de cada um dos 120 itens que compõem a sua primeira parte – a Escala Total de Problemas de Comportamento. As pontuações brutas obtidas para esta escala podem variar entre 0 e 240.

Após terem sido efectuados estes somatórios converte-se os dados brutos em percentil consoante a idade e o sexo do sujeito. A cotação por subescalas é realizada de modo diferente, na folha de perfil, para as raparigas e rapazes e por dois grupos de idades (dos 4 aos 11 anos e dos 12 aos 18 anos).

A distribuição dos problemas do comportamento por subescalas possibilita traçar um perfil para cada criança através do qual é possível identificar, de maneira rápida e visual, as áreas em que o comportamento se encontra dentro do padrão normal ou pelo contrário é problemático (Fonseca et al., 1994). Fonseca et al. (1994) referem que “os únicos dados normativos e psicométricos sobre a última versão deste questionário continuam a ser os de Achenbach, que são relativos aos Estados Unidos da América” (pág. 58).

Por fim, no que respeita aos pontos de corte. A nota T abaixo de 67, os resultados são considerados no padrão normal; nota T entre 67 - 70 os resultados são considerados na linha limítrofe; nota T acima dos 70 os resultados são considerados clinicamente significativos. Para os factores de internalização, externalização e para a escala total. A nota T abaixo de 60 os resultados são considerados no padrão normal; nota T entre 60 - 63 os resultados são considerados na linha limítrofe, nota T acima dos 63 os resultados são considerados clinicamente significativos (Achenbach, 1991).

### **2.3 Procedimentos**

Após a consideração de aspectos éticos, metodológicos e procedimentos, do presente estudo, foi elaborado um pedido de autorização (anexo 3) e de avaliação do projecto de estudo, bem como a autorização de consulta dos processos clínicos, junto do Director da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano -HAL-, assim como da responsável de serviço do Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança do HAL. Quanto à administração do questionário (o qual foi disponibilizado pela Universidade da

Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação), informou-se o sujeito, bem como o respectivo responsável, da finalidade do estudo, solicitando os referentes consentimentos informados (anexo 4), para participar no mesmo.

A aplicação do questionário foi administrada individualmente, na sala de consultas, através da leitura do mesmo pelo investigador, uma vez que desta forma facilita uma maior compreensão dos itens por parte do indivíduo. As consultas decorreram de forma normativa. No final das mesmas ou durante o período em que a criança se encontrava em sessão, foi solicitado aos responsáveis, o preenchimento do questionário.

A tabela seguinte apresenta a ficha técnica de trabalho de campo, sintetizando informação sobre a unidade de análise, o tamanho da amostra, o processo de recolha de dados e a calendarização do trabalho de campo.

**Tabela 1. Ficha Técnica do Trabalho de Campo**

<b>Área Geográfica</b>	Concelho de Castelo Branco
<b>Unidade de Análise</b>	Crianças com dificuldades de aprendizagem que frequentam a consulta de Psicologia do Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano
<b>Tamanho da Amostra</b>	43
<b>Recolha de Dados</b>	Inquérito por Questionário Consulta dos Processos Clínicos

### 3 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística é o método científico de recolher dados, organizá-los, analisá-los, resumir, apresentá-los e tirar conclusões válidas. O procedimento de análise estatística utilizado neste estudo resume-se nos seguintes pontos: (i) análise da consistência interna do instrumento de recolha de dados; (ii) caracterização da amostra por recurso à estatística descritiva; (iii) e, por último, a validação das hipóteses em estudo.

#### 3.1 Consistência Interna do Instrumento

Para analisar as propriedades psicométricas de cada uma das subescalas que compõem o CBCL verificou-se a fiabilidade das mesmas através da análise do coeficiente *alpha* de Cronbach. Este coeficiente é uma das medidas mais usadas para verificar a consistência interna de um grupo de itens, podendo definir-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos sujeitos inquiridos. Os valores deste coeficiente variam entre 0 e 1 considerando-se: muito boa – valores superiores a 0.9; boa – valores de *alpha* entre 0.7 e 0.8; razoável – para valores de *alpha* entre 0.6 e 0.7; e fraca ou inadmissível para valores inferiores a 0.6 (Pestana & Gageiro, 2005).

#### 3.2 Estatísticas Descritivas

A caracterização da amostra foi feita com base nas medidas de tendência central, nas medidas de dispersão, nas medidas de assimetria e achatamento e nas medidas de associação. De entre as medidas de tendência central utilizou-se a média, a mediana, a moda e os quartis. A média foi utilizada para variáveis do tipo quantitativo. A mediana foi utilizada para descrever variáveis que foram medidas numa escala pelo menos ordinal. A moda, descrita como o valor que ocorre com maior frequência, é uma estatística com significado apenas para variáveis discretas. Já os quartis foram utilizados para descrever variáveis expressas numa escala ordinal ou quantitativa.

Relativamente às medidas de dispersão, as estatísticas utilizadas foram o desvio-padrão, o intervalo de variação e a amplitude inter-quartis. O desvio-padrão é uma medida que indica a dispersão dos valores em torno da média, já o intervalo de variação (IV) e a amplitude inter-quartis (AIQ) são medidas de dispersão que estimam a amplitude de valores das observações

das variáveis em estudo da amostra. O IV é definido como sendo a diferença entre o valor máximo e o valor mínimo da amostra. A AIQ é a diferença entre o 3ºQuartil e o 1ºQuartil, isto é, engloba 50% das observações da amostra (Maroco, 2007).

As medidas de simetria e achatamento visam caracterizar a forma da distribuição em torno da média. Como coeficiente de simetria foi utilizado o *skewness*: se este valor for positivo a distribuição diz-se assimétrica à direita; se o valor for negativo a distribuição diz-se assimétrica à esquerda; se o valor for nulo a distribuição é simétrica. No que se refere ao coeficiente de achatamento foi analisado o valor de *kurtose*: se este for próximo de zero a distribuição diz-se mesocúrtica; se for negativo a distribuição designa-se por platocúrtica; e se tomar valores positivos diz-se leptocúrtica (Maroco, 2007).

Para avaliar a intensidade e a direcção da relação entre duas variáveis foi determinado o coeficiente de correlação. O coeficiente de correlação usado foi o de *Pearson*, uma vez que permite verificar a associação entre duas variáveis quantitativas. Segundo D'Hainaut (1992, p. 78), o coeficiente de correlação varia entre -1 (correlação negativa perfeita) e 1 (correlação positiva perfeita), passando por zero (ausência de relação). Quanto mais elevado for este coeficiente mais as variáveis consideradas terão tendência a variar conjuntamente. Para apreciar se a correlação encontrada é significativa, ou se se pode atribuir às flutuações devidas ao acaso foi preciso transformar-se o coeficiente de correlação em razão *t-Student*.

Para melhor visualização das características das variáveis em estudo recorreu-se também à representação gráfica dos resultados através de: gráficos de barras ou circulares – se a variável for qualitativa; histogramas de frequência e diagramas de extremos e quartis – no caso das variáveis serem quantitativas.

### 3.3 Inferência Estatística

Depois de caracterizada a amostra por recurso a estatísticas descritivas o passo seguinte consistiu na fundamentação das decisões, por recurso a testes de hipóteses. Nestes testes de hipóteses são formuladas as hipóteses a testar, calculadas as estatísticas de teste e a respectiva probabilidade de significância (p-valor) e com base nestes últimos, conclui-se se existe evidência estatística para rejeitar ou não a hipótese nula ( $H_0$ ). Como nível de significância ( $\alpha$ ) para decidir se algo é estatisticamente significativo é usado o valor 0.05 (isto é, 5%). Outros níveis de significância usados são 0.1 e 0.01. Os *softwares* estatísticos calculam o p-valor. Considerou-se a regra de rejeitar  $H_0$  se  $p\text{-valor} \leq \alpha$ .

Quando se efectuou a análise segundo características demográficas foram testadas as condições de aplicação dos testes paramétricos, ou seja, a normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias. Para testar a normalidade utilizou-se o teste de *Shapiro-Wilk* (apropriado para amostras com menos de 50 observações), ou de forma alternativa, recorrer-se ao gráfico Normal Q-Q (Quantil-Quantil). Para testar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene. Quando não se verificou algum dos pressupostos, recorreu-se a métodos não-paramétricos para testar as hipóteses (Maroco, 2007).

Aplicou-se o teste *Mann-Whitney* como alternativa não paramétrica ao teste *T*, para comparar médias de variáveis quantitativas entre grupos e o teste de Qui-quadrado para testar a independência de variáveis qualitativas. No caso das escalas nominais com dois valores foi utilizado como alternativa para melhorar a estatística de qui-quadrado o teste de qui-quadrado corrigido.

## 4 – RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da Amostra de Crianças participantes

A amostra é constituída por 43 crianças, 37% do género feminino e 63% do género masculino, sendo provenientes de meio rural 60% das crianças e do meio urbano 40% das crianças (gráficos 1 e 2).

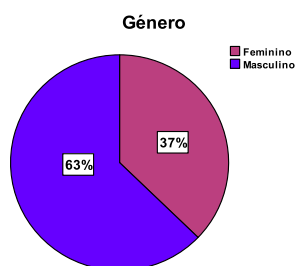


Gráfico 1. Distribuição das Crianças segundo Género

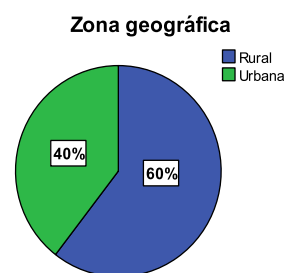


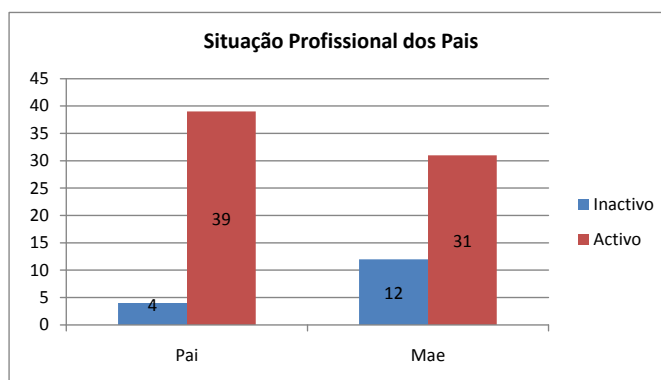
Gráfico 2: Distribuição das Crianças segundo Zona de Residência

Na tabela 2 observa-se que, as crianças têm idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, sendo a média de idades aproximadamente 9 anos, com um desvio padrão associado de cerca de 2 anos. As idades mais frequentes são os 7 e os 9 anos de idade. O intervalo de variação da idade é de 7 anos. Verifica-se que 50% das crianças têm idade superior a 9 e que 25% das crianças têm idade superior a 11 anos.

Tabela 2: Distribuição da Idade das Crianças

N	43
Média	9,49
Moda	7 a)
Desvio Padrão	2,197
Mínimo	7
Máximo	14
	P25 7
	P50 9
	P75 11
a. Existem múltiplas modas. O valor mais baixo é mostrado	

Relativamente à situação profissional dos pais ou outros responsáveis das crianças em estudo, é possível constatar, através do gráfico 3, que a maioria se encontra no activo ( $n_{\text{pais}}=39$  e  $n_{\text{mães}}=31$ ). Existe, no entanto, uma maior frequência de mães fora do activo (12 mães) do que pais (4 pais).



**Gráfico 3: Distribuição da Situação Profissional dos Pais ou Responsáveis**

No que se refere à composição familiar, tabela 3, verifica-se que a maioria das crianças são provenientes de famílias nucleares (90,7%). Existe apenas duas crianças provenientes de uma família monoparental, uma criança proveniente de uma família reestruturada e outra de uma família alargada. Quanto ao número de irmãos, a maioria das crianças tem um irmão (53,5%) ou é filho único (23,3%). Verifica-se ainda, que das 43 crianças que participam no estudo, 22 são provenientes de uma família nuclear com um irmão, o que representa 51% dos casos na amostra em estudo.

**Tabela 3: Composição familiar das Crianças Participantes**

Composição Familiar		Estrutura Familiar				Total
		Monoparental	Nuclear	Reestruturada	Alargada	
Número de irmãos	Filho único	1	9	0	0	10 23,3%
	1 irmão	1	22	0	0	23 53,5%
	2 irmãos	0	3	0	1	4 9,3%
	3 irmãos	0	4	0	0	4 9,3%
	4 ou mais irmãos	0	1	1	0	2 4,7%
	Total	2 4,7%	39 90,7%	1 2,3%	1 2,3%	43 100%

A distribuição dos alunos segundo o nível de escolaridade que frequentam e o ciclo de ensino a que pertencem encontra-se ilustrada no gráfico 4. Assim, verifica-se que a amostra em estudo é composta por 30 alunos do primeiro ciclo do ensino básico, 9 alunos do segundo ciclo e apenas 4 do terceiro ciclo. O nível de escolaridade que tem maior representatividade na amostra é o segundo ano com 10 alunos.

Ainda relativamente ao percurso escolar destas crianças, como mostra o gráfico 5, verifica-se que 40% das crianças com dificuldades de aprendizagem já ficaram retidas, pelo menos uma vez.

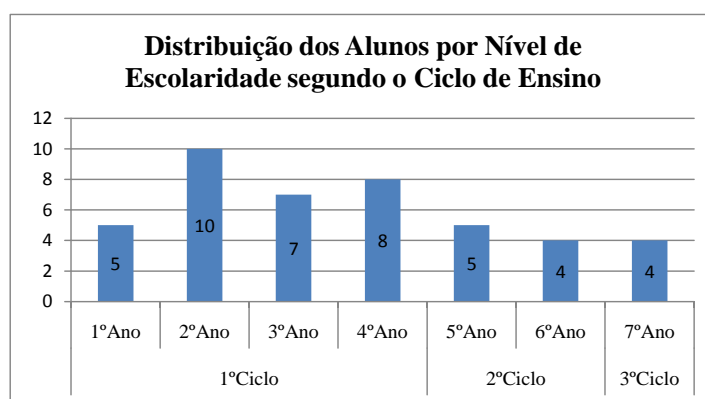


Gráfico 4. Distribuição das Crianças por Ciclo de Ensino segundo o Nível de Escolaridade

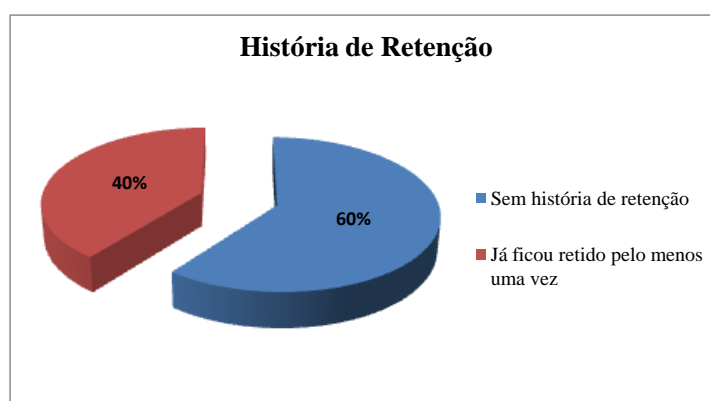


Gráfico 5. Distribuição das Crianças segundo História de Retenção

No presente estudo, verifica-se que são as mães que maioritariamente se pronunciam sobre as características comportamentais das suas crianças (88,4%). Através da tabela 4 observa-se que 72,1% dos pedidos de consulta para acompanhamento psicológico decorreram de pedidos vindo das Escolas, 23,3% de Pediatras e apenas 4,7% através do Alerte.



**Tabela 4. Características presentes nos Processos Clínicos das Crianças**

Quem preencheu?	Frequência	%	% Cumulativa
Mãe	38	88,4	88,4
Pai	4	9,3	97,7
Outro	1	2,3	100,0
<b>Quem fez o pedido da consulta?</b>			
Pediatra	10	23,3	23,3
Escola	31	72,1	95,3
Alerte - Centro de Saúde	2	4,7	100,0

## 4.2 Caracterização das escalas do CBCL

O resultado da análise de fiabilidade do instrumento encontra-se presente na tabela 5. O coeficiente *alpha* de *Cronbach* obtido para os 120 itens que compõem o instrumento CBCL (0,910) indica uma consistência interna do instrumento muito boa, isto é, pode concluir-se que o grupo de itens em análise contribui de modo semelhante e bom para a fiabilidade do questionário.

**Tabela 5. Estatística de Fiabilidade: CBCL**

<i>Alpha Cronbach</i>	N de Itens
0,910	120

A análise da tabela 6 permite observar as pontuações médias e os respectivos desvios-padrão associados a cada escala do CBCL, bem como os valores extremos e os quartis.

Assim, os valores médios obtidos nas oito escalas variam entre 56,02 da escala de Comportamento Delinvente e os 64,58 da escala Problemas Sociais. O intervalo de variação foi maior nas escalas de Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo, sendo respectivamente de 14 e 12. A amplitude interquartil variou entre os 21 da escala de Problemas Sociais e 7 da escala de Comportamento Delinvente, o que significa que, registou-se uma maior dispersão de dados em torno da média para a escala de Problemas Sociais e uma menor dispersão de valores para a escala Comportamento Delinvente.

Verifica-se ainda que o factor de externalização apresenta uma pontuação média mais baixa que o factor de internalização e escala total. As pontuações máximas obtidas em nota T para estas três medidas variaram entre os T78 e os T81, enquanto as pontuações mínimas

variaram entre 35 e os 45 pontos. A amplitude de dispersão de dados em torno da média foi maior para o factor de externalização.

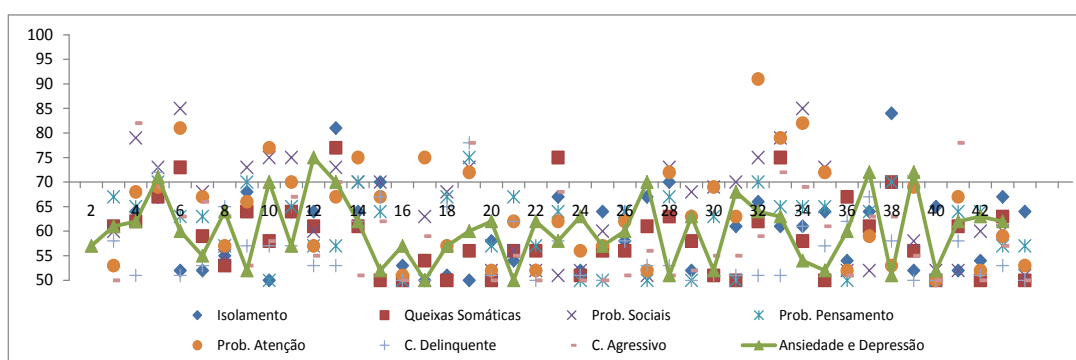
**Tabela 6. Escalas e Factores do CBCL: estatísticas descritivas**

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75
Isolamento	60,00	8,26	50	84	52	61	65
Queixas somáticas	58,74	7,65	50	77	51	58	63
Ansiedade/Depressão	60,28	6,71	50	75	55	60	63
Problemas Sociais	64,58	10,23	50	85	52	68	73
Problemas Pensamento	61,02	7,40	50	75	57	64	67
Problemas de Atenção	64,09	9,90	50	91	56	63	70
Comportamento	56,02	6,69	50	78	51	53	58
Delinquente							
Comportamento Agressivo	58,67	8,81	50	82	51	56	63
Internalização	61,23	8,66	43	80	53	61	69
Externalização	56,33	10,49	35	78	50	56	65
Escala Total	62,88	8,84	45	81	56	62	71

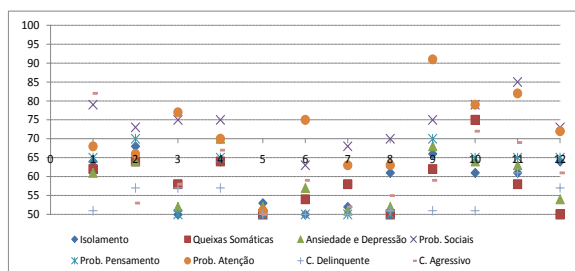
No gráfico 6 pode observar-se o perfil das 43 crianças relativamente às oito escalas do CBCL. Este gráfico permite visualizar a dispersão das notas T obtidas pelas 43 crianças, para cada uma das oito escalas, em torno do ponto de corte de 70.

Para todas as escalas em análise verifica-se uma maior densidade de observações abaixo do ponto de corte, isto é, a maioria das crianças com dificuldades de aprendizagem tem um padrão normal de comportamento nas oito escalas do CBCL.

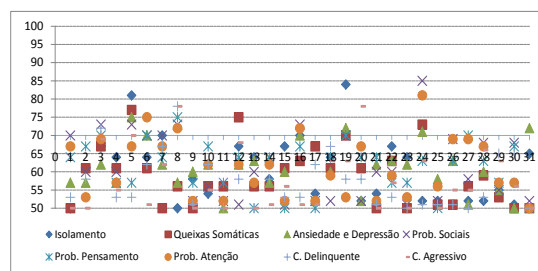
Os gráficos 7 e 8 permitem visualizar as notas T separadamente, para meninas e para meninos, em cada uma das oito escalas do CBCL. Para ambos os casos, verifica-se uma maior concentração de observações abaixo de T 70. Contudo, nas meninas, acima de T 70, verifica-se uma incidência nos Problemas de Atenção e Problemas Sociais. No caso dos meninos, observa-se que existe pelo menos um menino que se situa acima de T 70, sendo que as escalas que se apresentam mais elevadas são Problemas Sociais, Isolamento e Problemas de Atenção.



**Gráfico 6. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL**

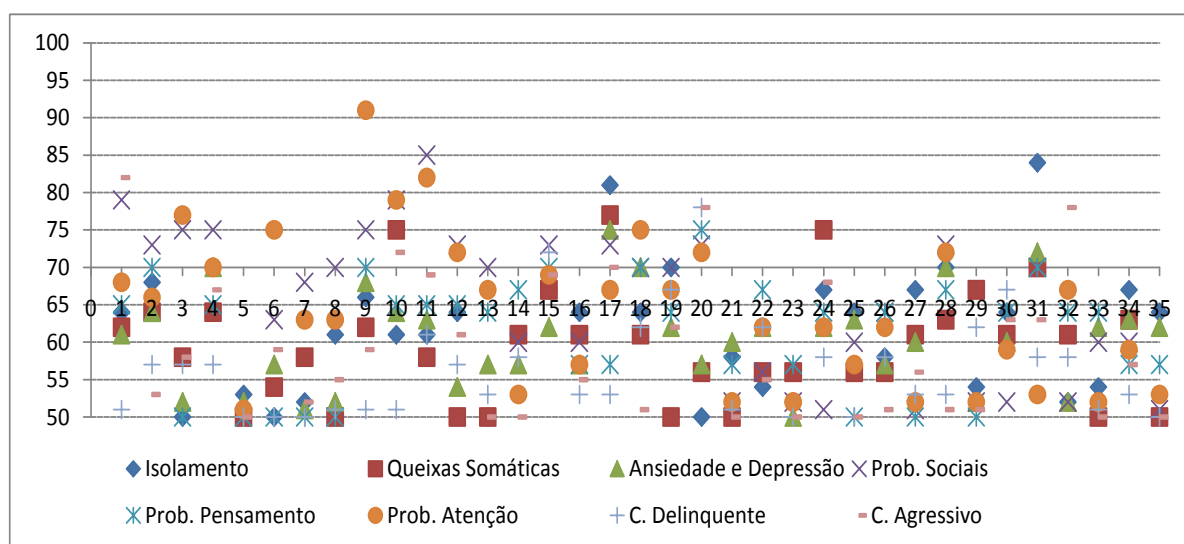


**Gráfico 7. Perfil das Meninas nas 8 Escalas do CBCL**

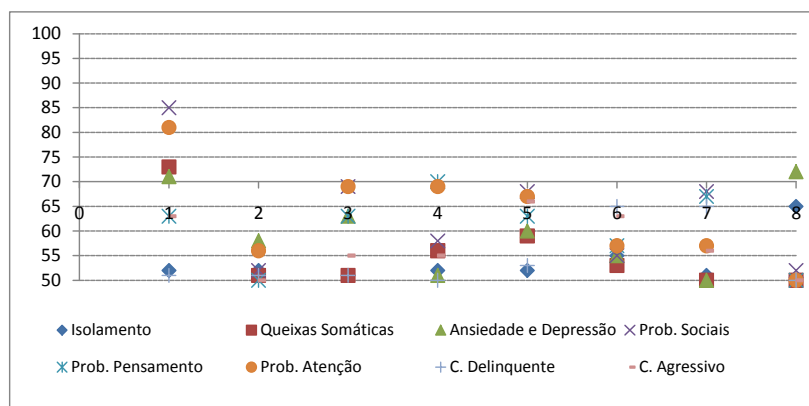


**Gráfico 8. Perfil dos Meninos nas 8 Escalas do CBCL**

De modo a conhecer o perfil das crianças participantes no estudo segundo os dois grupos de idades da folha de perfil do CBCL, mais concretamente, crianças com idade entre os 4 e os 11 anos e crianças entre os 12 e os 18 anos, elaboraram-se os gráficos 9 e 10. Mais uma vez se verifica uma maior concentração de observações para abaixo dos 70 para ambas as faixas etárias. Na faixa etária dos 4 aos 11 anos, verificam-se dois sujeitos com uma elevação nas escalas de Problemas de Atenção e Problemas Sociais. O mesmo sucede para a amostra de crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, apesar de existir um menor número de sujeitos nesta faixa, também um deles apresenta maior elevação nas mesmas escalas.



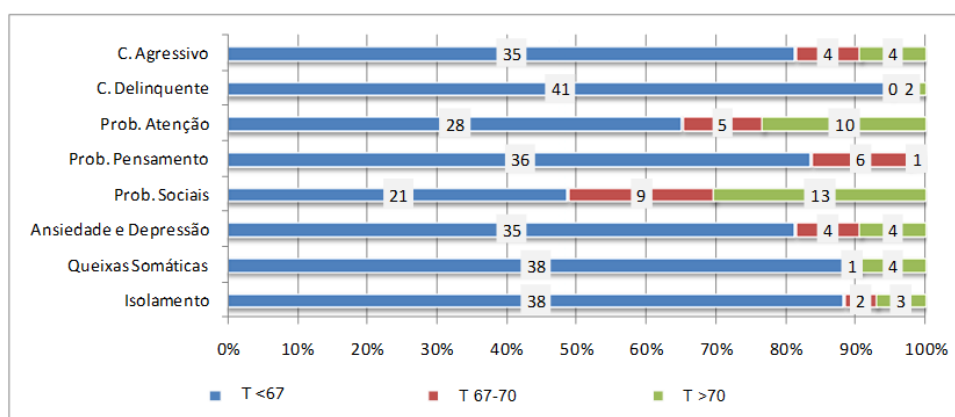
**Gráfico 9. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL: faixa etária 4-11 anos**



**Gráfico 10. Perfil das Crianças nas 8 Escalas do CBCL: faixa etária 12-18 anos**

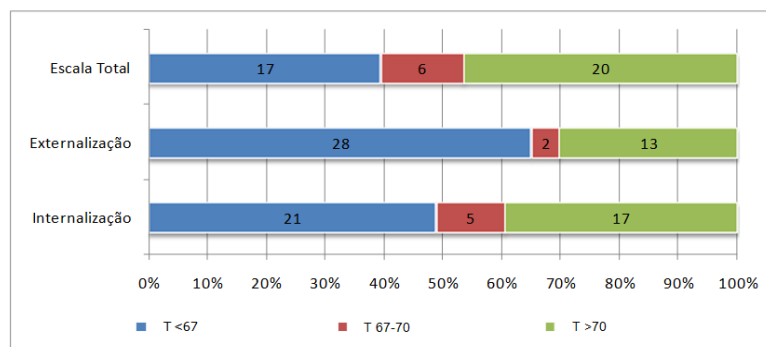
O gráfico 11 permite conhecer o número exacto de crianças que se situam nas oito escalas acima, abaixo e dos 70.

Assim, para todas as escalas existem crianças com dificuldades de aprendizagem que apresentam indicadores clínicos. No entanto, regista-se uma maior frequência de casos clinicamente significativos para a escala de Problemas Sociais (13 crianças) e Problemas de Atenção (10 crianças) e uma menor frequência de casos clinicamente significativos para a escala de Problemas de Pensamento (1 criança). De salientar ainda que apenas 4 das 43 crianças apresentam classificação clinicamente significativa na escala de Ansiedade/Depressão.



**Gráfico 11. Pontuações em Nota T das Escalas CBCL: classificação não clínica, limítrofe e clínica**

Analisando também os dois factores, internalização e externalização, bem como a escala total, verifica-se uma maior frequência de casos clinicamente significativos. Assim, com valores superiores a 63 existem 17 crianças no factor de internalização, 13 crianças no factor de externalização e 20 crianças na escala total (gráfico 12).



**Gráfico 12. Classificação das pontuações em Nota T dos 2 Factores e Escala Total do CBCL**

Com o intuito de testar se a distribuição nas notas T de cada escala depende do género aplicou-se o teste Qui-quadrado corrigido. A tabela 7 apresenta a distribuição das contagens pelos grupos e o nível de significância das diferenças entre meninas e meninos. Com probabilidade de erro de 5%, é possível concluir que a ocorrência de casos clinicamente significativos de Problemas Sociais e de Atenção em crianças com dificuldades de aprendizagem depende do género (pois  $p\text{-valor}=0.010$  e  $0.008<0.05$ , respectivamente, pelo que se rejeita a hipótese nula de independência). Logo, as meninas apresentam valores mais elevados comparativamente com os meninos.

**Tabela 7. Frequências e comparação por Género**

	Feminino		Masculino		p-valor
	T <67	T >70	T <67	T >70	
Isolamento	15	1	23	4	0,834
Queixas somáticas	14	2	24	3	1,000
Ansiedade/Depressão	13	1	22	5	1,000
Problemas Sociais	4	9	17	10	<b>0,010*</b>
Problemas Pensamento	13	0	23	4	1,000
Problemas de Atenção	5	7	23	4	<b>0,008**</b>
Comportamento	16	0	25	2	0,714
Delinquente	13	2	22	5	1,000
Comportamento Agressivo	9	6	12	11	0,888
Internalização	11	4	17	9	0,858
Externalização	5	8	12	12	0,744

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$

Relativamente à análise comparativa por género, avalie-se se existem diferenças nas pontuações médias obtidas nas oito escalas para as meninas e para os meninos. Aplique-se o teste de Mann-Whitney como alternativa não paramétrica ao teste t na comparação de médias entre género.

A tabela 8 permite constatar que as meninas apresentam uma indicadores de Problemas Sociais e Problemas de Atenção, em média, mais elevados do que os meninos

(pois  $p\text{-valor}=0,004<0,05$  e  $p\text{-valor}=0,001<0,05$ ). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas por género na escala de Problemas de Comportamento Delinquente, apresentando os meninos valores, em média, mais elevados nesta escala do que as meninas (pois  $p\text{-valor}=0,009<0,05$ ). No que respeita aos dois factores internalização e externalização, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as meninas e os meninos. Deste modo, como o  $p\text{-valor}=0,296$  e  $p\text{-valor}=0,563$ , respectivamente, conclui-se pela não rejeição da hipótese nula de os valores médios registados para estes factores serem idênticos para rapazes e raparigas.

**Tabela 8. Notas T do CBCL: média, desvio padrão e comparação por género**

Escala de Problemas Comportamentais	Feminino			Masculino			<i>p</i> -valor
	N	Média	DP	N	Média	DP	
Isolamento	16	57,56	6,5	27	61,44	8,9	0,120
Queixas somáticas	16	58,5	7,8	27	58,89	7,6	0,990
Ansiedade/Depressão	16	59,44	6,9	27	60,78	6,6	0,752
Problemas Sociais	16	70,56	10,4	27	61,04	8,5	<b>0,004*</b>
Problemas Pensamento	16	60,06	8,3	27	61,59	6,9	0,750
Problemas de Atenção	16	70,75	10,1	27	60,15	7,5	<b>0,001*</b>
Comportamento Delinquente	16	52,88	3,6	27	57,89	7,4	<b>0,009*</b>
Comportamento Agressivo	16	60	8,802	27	57,89	8,89	0,311
Internalização	16	59,69	8,039	27	62,15	9,024	0,296
Externalização	16	57,5	8,725	27	55,63	11,516	0,563
Escala Total	16	62,94	8,667	27	62,85	9,097	0,811

\* $p<0.05$

No sentido de testar se as crianças mais novas apresentam, em média, notas T mais elevadas comparativamente com as mais velhas para cada uma das oito escalas, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* como alternativa não paramétrica ao teste t para comparação de médias entre duas amostras independentes (tabela 10). Assim, para as oito escalas registou-se diferenças estatisticamente significativas apenas na sintomatologia de Isolamento por faixa etária. Para as restantes escalas, como o  $p\text{-valor}=0,020<0,05$ , conclui-se pela rejeição da hipótese nula de que as médias desta escala são idênticas por faixa etária. Pela observação dos valores médios registados pelas crianças dos dois grupos de idades em análise, conclui-se que as crianças mais novas, em média, apresentam Problemas de Isolamento mais acentuados do que crianças mais velhas. Para as restantes sete escalas não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 9. Pontuações em T do CBCL: média, desvio padrão e comparação por Idade**

Escala de Problemas Comportamentais	4 – 11 Anos			12 – 18 Anos			p-valor
	N	Média	DP	N	Média	DP	
Isolamento	35	61,43	8,279	8	53,75	4,713	0,020*
Queixas somáticas	35	59,51	7,516	8	55,38	7,800	0,135
Ansiedade/Depressão	35	60,34	6,426	8	60,00	8,315	0,790
Problemas Sociais	35	64,86	10,114	8	63,38	11,338	0,520
Problemas Pensamento	35	61,17	7,505	8	60,38	7,405	0,527
Problemas de Atenção	35	64,29	10,013	8	63,25	10,011	0,802
Comportamento Delinquente	35	56,37	6,761	8	54,50	6,547	0,344
Comportamento Agressivo	35	59,00	9,365	8	57,25	6,089	0,813

\* $p < 0.05$

Por último, de modo a analisar a intensidade e direcção da associação entre as oito escalas calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A tabela 10 apresenta os valores de correlação encontrados.

A escala de Ansiedade/Depressão apresenta uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ao nível de 5%, com a escala de Problemas Sociais (0,353). Apresenta uma correlação positiva moderada para o nível de significância de 0.01 com as escalas Isolamento e Queixas Somáticas (0.660 e 0.475).

Analisando a associação entre as restantes escalas que compõem o CBCL, destaca-se a existência de uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre as escalas Problemas de Atenção e Problemas Sociais (0.775). A escala de Problemas Sociais está também correlacionada com as escalas Problemas de Pensamento (0.440) e Comportamento Agressivo (0.429).

**Tabela 10. Correlação entre as 8 Escalas de Problemas de Comportamento**

	Isolamento	Queixas somáticas	Ansiedade/Depressão	Problemas Sociais	Problemas Pensamento	Problemas de Atenção	Comport. Delinquente	Comport. Agressivo
Isolamento	1							
Queixas somáticas	,475**	1						
Ansiedade/Depressão	,660**	,470**	1					
Problemas Sociais	,160	,309*	,353*	1				
Problemas Pensamento	,180	,248	,278	,440**	1			
Problemas de Atenção	-,041	,296	,249	,775**	,421**	1		
Comport. Delinquente	,046	,078	-,073	,121	,483**	,094	1	
Comport. Agressivo	,160	,468**	,149	,429**	,391**	,462**	,389**	1

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

A tabela 11 apresenta a correlação entre as oito escalas de problemas de comportamento diferenciada por género. Para as meninas a correlação mais elevada verifica-se entre as escalas de Problemas Sociais e Problemas de Atenção (0,735). Destaca-se a existência de correlações positivas razoáveis (estatisticamente significativas) da escala de Ansiedade/Depressão com a escala Queixas Somáticas (0,676), enquanto que com as escalas Problemas Sociais (0,590), Problemas de Pensamento (0,586) e Problemas de Atenção (0,539) apresenta correlações positivas fracas. Ainda nas meninas, verifica-se a uma correlação razoável entre a escala de Comportamento Agressivo e Problemas Sociais (0,696).

No que se refere aos meninos, a correlação mais forte verifica-se entre as escalas Ansiedade/Depressão e Isolamento (0,778). Esta escala de Ansiedade/Depressão não se encontra significativamente correlacionada com nenhuma das demais escalas. Outras correlações positivas razoáveis destacam-se: a escala de Problemas de Atenção com Problemas Sociais (0,683) e com Problemas de Pensamento (0,608).

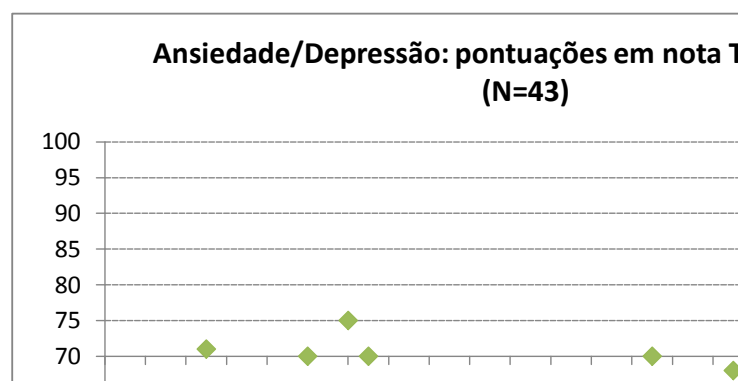
**Tabela 11. Correlação entre as 8 Escalas de Problemas de Comportamento: por género**

Género	Isolamento	Queixas somáticas	Ansiedade/Depressão	Problemas Sociais	Problemas de Pensamento	Problemas de Atenção	Comport. Delinquente	Comport. Agressivo
Isolamento	1	,575**	,778**	,237	-,061	,014	-,140	,093
Queixas somáticas	,285	1	,341	,150	,085	,228	,084	,434*
Ansiedade/Depressão	,420	,676**	1	,345	,039	,207	-,220	-,013
Problemas Sociais	,463	,652**	,590*	1	,607**	,683**	,341	,238
Problemas de Pensamento	,613*	,477	,586*	,482	1	,608**	,600**	,393*
Problemas de Atenção	,249	,540*	,539*	,735**	,510*	1	,447*	,488**
Comportamento Delinquente	,434	,055	,202	,484	,287	,276	1	,560**
Comportamento Agressivo	,439	,544*	,454	,696**	,435	,469	,229	1
<b>Legenda:</b>	Feminino		Masculino		* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$			

### 4.3 Caracterização da escala de Ansiedade/Depressão do CBCL

Para conhecer o perfil das crianças com dificuldades de aprendizagem relativamente a problemas comportamentais de Ansiedade/Depressão, observe-se o gráfico 13 que apresenta a dispersão das notas T que cada criança da amostra obteve para esta escala do CBCL.





**Gráfico 13. Escala de Ansiedade/Depressão: pontuações em nota T da amostra**

Com base nas estatísticas descritivas é possível efectuar um estudo mais detalhado da escala de Ansiedade/Depressão. Pela análise da tabela 12 é possível verificar que a nota T obtida nesta escala foi de 60,28 com um desvio padrão associado de 6,7. As notas T mais frequentes foram T57 e T62. O valor mínimo registado nesta escala foi de T50 e o máximo de T75. Verifica-se ainda que 75% das notas T se situam abaixo dos T67.

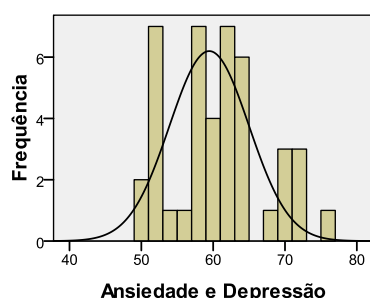
As medidas de assimetria e achatamento permitem ainda verificar que a escala de Ansiedade/Depressão apresenta um ligeiro enviesamento positivo (0,319), ou seja, é assimétrica à direita. No que se refere ao achatamento, uma vez que o coeficiente de *Kurtose* toma valores negativos (-0,610) a distribuição caracteriza-se como achatada e designa-se por platocúrtica.

**Tabela 12. Escala de Ansiedade/Depressão: estatísticas descritivas**

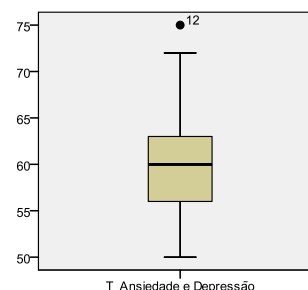
N	Válidos	43
Média		60,28
Mediana		60,00
Moda		57 e 62
Desvio padrão		6,706
Assimetria (Skewness)		,319
Achatamento (Kurtosis)		-,610
Mínimo		50
Máximo		75
Percentils	25	55,00
	50	60,00
	75	63,00

Os gráficos 14 e 15 descrevem graficamente a escala de Ansiedade/Depressão: o histograma permite observar a forma da distribuição e o diagrama de extremos e quartis (*box-plot*) apresenta os quartis, os valores mínimos e máximos (valores também presentes na tabela

6) e possíveis *outliers*. Neste último caso, identifica-se como possível *outlier* a observação número 12 que apresenta T75. Retirando essa observação da base de dados o valor máximo registado nesta escala seria T72. Uma vez que este valor não tem grande influência na escala de Ansiedade/Depressão optou-se por manter esta observação.



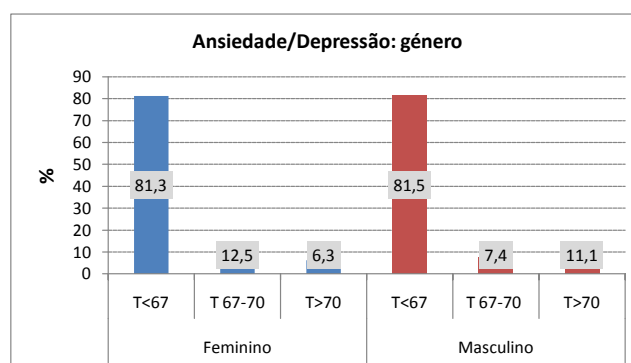
**Gráfico 14. Histograma da Escala Ansiedade/Depressão**



**Gráfico 15. Box-plot da Escala Ansiedade/Depressão**

A distribuição das crianças da amostra pelas classes clinicamente significativas, na linha limítrofe e padrão normal para a escala de Ansiedade/Depressão analisa-se de seguida atendendo ao género e à faixa etária da criança.

Pela observação do gráfico 16 é possível constatar que a maioria das meninas e dos meninos apresentam padrões normais na escala de Ansiedade/Depressão (81,3% e 81,5%). No caso das meninas, 6,3% são consideradas clinicamente significativas e 12,5% na linha limítrofe. No caso dos meninos, 11,1% são classificados como clinicamente significativos e 7,4% encontram-se na linha limítrofe. Aplicando o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2=0,535$ ; GL=2; p-valor=0,765<0,05) é possível concluir que não se registam elevações diferenciadas na escala de Ansiedade/Depressão segundo o género.



**Gráfico 16. Escala de Ansiedade/Depressão segundo o género**

Na análise do gráfico 17, atendendo à faixa etária, verifica-se que as crianças mais novas apresentam classificação nas três classes, sendo a mais frequente a classe padrão normal (82,9%). Na faixa etária dos 4 aos 11, 5,7% das crianças na classe considerada como clinicamente significativa e 11,4% na linha limítrofe. No que se refere à faixa etária dos 12 aos 18 anos, das 8 crianças em questão, 25% representa casos clinicamente significativos e 75% crianças apresentam um padrão normal.

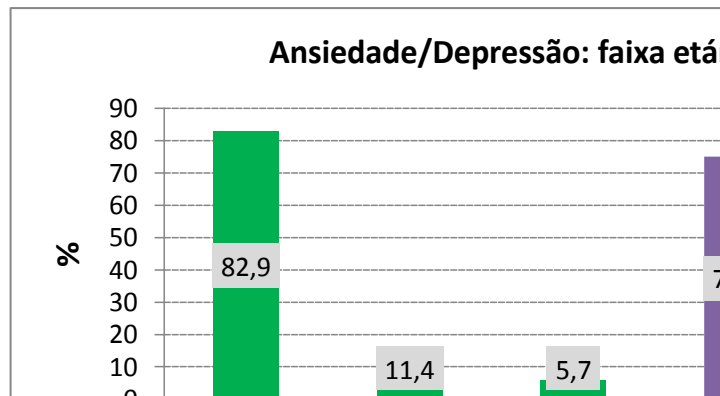


Gráfico 17. Escala de Ansiedade/Depressão segundo a faixa etária

De acordo com as hipóteses em estudo, pretende-se ainda avaliar se os indicadores ansiosos e depressivos em crianças com dificuldades de aprendizagem são agravados por características sócio-demográficas ou escolares adversas.

A tabela 13 apresenta a estatística de teste de *Mann-Whitney* e a respectiva probabilidade de significância para comparar a escala de Ansiedade/Depressão em amostras independentes.

Para o nível de significância de 5% é possível concluir que existem diferenças nas pontuações médias obtidas na escala de problemas de Ansiedade/Depressão pelas crianças atribuíveis à estrutura familiar (monoparental ou não). Isto é, à exceção das famílias monoparentais as restantes apresentam valores médios mais elevados nesta escala. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta escala para a existência ou não de retenção e o facto de ter ou não irmãos. O mesmo acontece para a zona de residência, rural ou urbana.

**Tabela 13. Indicadores Ansiosos/ Depressivos segundo características demográficas das Crianças**

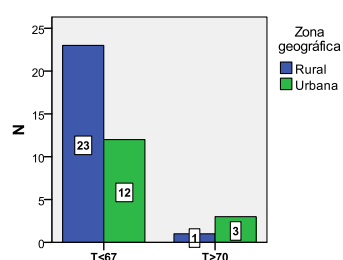
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p-valor
História de Retenção	219,000	372,000	-,050	0,960
Estrutura Familiar	5,500	8,500	-2,057	0,040*
Irmãos	141,000	702,000	-,693	0,488
Zona de Residência	167,000	518,000	-1,347	0,178

\* $p < 0.05$

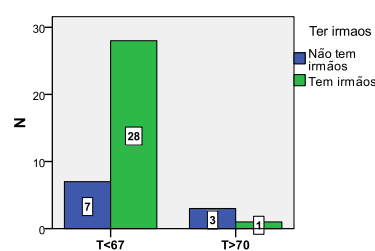
No sentido de caracterizar melhor as crianças que se encontram no padrão considerado clinicamente significativo ou no padrão normal, na escala de Ansiedade/Depressão apresenta-se a sua distribuição nestas classes para as variáveis sócio-demográficas, é de referir que não se encontraram evidências estatísticas.

Assim, das 4 crianças que apresentam indicadores de Ansiedade/Depressão clinicamente significativos, 1 residem no meio urbano e 3 no meio rural. A mesma distribuição observa-se entre o facto de ter irmãos ou não ter. Relativamente ao percurso escolar, 3 têm história de retenção e 2 nunca foram retidos no mesmo nível de ensino.

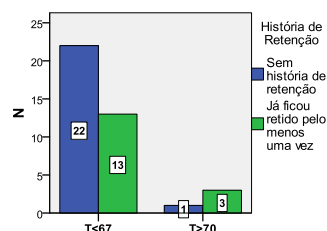
No que se refere às crianças que se consideram no padrão normal para a escala de Ansiedade/Depressão, 23 residem no meio rural e 12 no meio urbano. A maioria (28 crianças), tem irmãos. No percurso escolar, 22 nunca foram retidos e 13 apresentam história de retenção.



**Gráfico 18. Ansiedade/Depressão segundo Zona de Residência**



**Gráfico 19. Ansiedade/Depressão segundo Irmãos**



**Gráfico 20. Ansiedade/Depressão segundo a História de Retenção**

## 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo objectivou estudar crianças com dificuldades de aprendizagem que estão a ser acompanhadas na consulta de psicologia no CDDC-HAL, de modo a identificar a existência ou não de indicadores de ansiedade/depressão através do Questionário de Comportamentos da Criança [CBCL].

A caracterização da amostra permitiu conhecer as crianças participantes no estudo relativamente ao seu contexto familiar, social, demográfico e ao seu percurso escolar. Participaram 43 crianças com Dificuldades de Aprendizagem, 16 são meninas e 27 são meninos, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, estudantes do Ensino Básico. O primeiro ciclo do Ensino Básico é mais representativo da amostra, abrangendo um total de 30 crianças das 43 em estudo. Relativamente à composição familiar verifica-se que metade das crianças são provenientes de famílias nucleares com um irmão, sendo a zona de residência mais frequente o meio rural. Relativamente ao percurso escolar destas crianças verifica-se que 40% já ficaram retidas pelo menos uma vez.

A análise dos indicadores de ansiedade/depressão com as características sócio-demográficas das crianças permitiu concluir que existem diferenças nas pontuações médias obtidas nesta escala segundo o tipo de estrutura familiar (monoparental ou não). Apresentam valores médios mais elevados nesta escala as crianças provenientes de famílias monoparentais. Não foram encontradas, porém, diferenças estatisticamente significativas nesta escala quanto à história de retenção e à zona de residência da criança.

Os resultados mostram que a maior parte das crianças foram encaminhadas pelas escolas e que são maioritariamente as mães que acompanham as crianças às consultas. Neste sentido, pode dizer-se que as escolas parecem estar atentas às problemáticas de foro psicológico, uma vez que os encaminhamentos realizados pela escola são na sua maioria por parte dos professores e pela observação destes em contexto de sala de aula. Além da escola estar atenta a estas questões também é de salientar que são vários os professores que se disponibilizam para trabalhar em equipa com os técnicos do CDDC-HAL.

No que diz respeito a serem as mães a acompanharem as crianças, e consequentemente, preencherem o CBCL, pode dever-se ao facto destas se mostrarem mais disponíveis para responder a questões relacionadas com os filhos, uma vez que culturalmente é a mãe quem cuida dos filhos e passa mais tempo com eles, logo conhece-os melhor. Pode

estar também relacionado com questões profissionais, isto é, as entidades empregadoras cederem mais facilmente o dia para às mães para acompanharem a criança às consultas do que cederem aos pais.

Analisou-se a distribuição das crianças da amostra pelas classes abaixo de T67, entre T67-70 e acima de T70 para a escala de Ansiedade/Depressão. A maioria das meninas e dos meninos encontram-se abaixo de T67 na escala de Ansiedade/Depressão (81,3% e 81,5%). No caso das meninas, 6,3% encontram-se acima de T70, e 12,5% entre T67-70. No caso dos meninos, 11,1% são classificados acima de T70 e 7,4% encontram-se entre T67-70. De acordo a faixa etária, verifica-se que as crianças mais novas apresentam valores mais frequentes na classe abaixo de T67 (82,9%), existindo 5,7% destas crianças na faixa etária dos 4 aos 11 com valores acima de T<70 na escala de Ansiedade/Depressão. No que diz respeito à faixa etária dos 12 aos 18 anos, das 8 crianças em questão, 25% situam-se acima de T70 e 75% crianças situam-se abaixo de T67.

Quanto à resposta à questão problema neste estudo, 9,3% das crianças apresentam indicadores de ansiedade/depressão, neste sentido, refuta os estudos que encontraram relação entre ansiedade, depressão e as dificuldades de aprendizagens.

Nesta amostra o que parece apontar para o facto de apenas 9,3% das crianças apresentarem indicadores de ansiedade/depressão acima de T70, parece ser o facto de terem sido os pais a responderem ao CBCL. Este dado parece ser influenciado por algumas verbalizações dos pais durante a aplicação do instrumento, como por exemplo, no item – Fala em matar-se – “acho que não”; no item – Sente-se sem valor ou inferior aos outros – “não sei bem responder a esta mas penso que não”; no item – Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele – “que eu oiça não”. Embora muitos pais conheçam bastante bem os seus filhos, nesta população aparecem bastantes casos em que os pais parecem não estar alerta para possíveis problemas emocionais que as crianças possam manifestar, contudo, percebe-se que estão bastante atentos para problemáticas relacionadas com comportamentos disruptivos, sendo estes externamente perceptíveis. Neste seguimento, na literatura relacionada com psicologia infantil, encontra-se uma tendência para os adultos estarem mais atentos e procurarem ajuda quando surgem questões comportamentais, tais como, problemas de comportamento disruptivo, quando a criança destabiliza a sala de aula ou, quando os pais não têm controlo sobre ela em casa. Já nos casos em que as crianças se isolam, não falam, não perturbam, a parece não existir tantos motivos para preocupação. Outra possibilidade que se pode colocar, refere-se ao facto de terem sido as mães a responderem maioritariamente. Num estudo

realizado por Borsa e Nunes (2008), os autores referem que não existe concordância entre os pais e as mães quando lhe é pedido para se pronunciarem relativamente aos problemas dos filhos.

Os resultados obtidos demonstram ainda que existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a escala de Ansiedade/Depressão e as escalas de Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas Sociais. Para as meninas a correlação mais elevada verifica-se entre as escalas de Problemas Sociais e Problemas de Atenção. Destaca-se também a existência de correlações positivas razoáveis da escala de Ansiedade/Depressão com as escalas Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção. Para os meninos, a correlação mais forte verifica-se entre as escalas Ansiedade/Depressão e Isolamento. Esta escala de Ansiedade/Depressão não se encontra significativamente correlacionada com nenhuma das demais escalas.

No que diz respeito, às demais escalas verificaram-se correlações positivas razoáveis entre as escalas de Problemas de Atenção com Problemas Sociais e com Problemas de Pensamento. Ainda relativamente às outras escalas do CBCL verifica-se uma maior concentração de observações abaixo de T70. No entanto, nas meninas, para notas T superiores a T70, verifica-se uma elevação de Problemas de Atenção e Problemas Sociais. Para a faixa etária dos 4 aos 11 anos, registam-se também valores mais elevados em nota T para as escalas Problemas de Atenção e Problemas Sociais. Valores estes que se situam muito frequentemente acima da T70.

Apesar da maioria das crianças com dificuldade de aprendizagem se encontrarem no padrão considerado normal ( $<T67$ ), para todas as escalas existem crianças que apresentam indicadores clinicamente significativos ( $>T70$ ). Regista-se uma maior frequência de casos acima de T70 para a escala de Problemas Sociais (13 crianças) e Problemas de Atenção (10 crianças) e uma menor frequência de casos acima de T70 para a escala de Problemas de Pensamento (1 criança).

Uma análise comparativa por género, permitiu concluir que a ocorrência de casos acima de T70 nas escalas de Problemas Sociais e de Atenção em crianças com dificuldades de aprendizagem é mais elevada nas meninas comparativamente com os meninos. Nas restantes escalas, a distribuição das crianças nas classes acima de T70 e, nas consideradas padrão normal é independente do género. Além disto, quando comparados os valores médios das notas T, para cada escala do CBCL, a análise comparativa por género permitiu concluir que as meninas apresentam em média valores mais elevadas do que os meninos nas escalas de

Problemas Sociais e de Atenção. Sendo que, de acordo com este instrumento estas crianças podem caracterizar-se com algumas especificidades, entre as quais, ter peso a mais, comportamentos demasiado infantis para a sua idade, não são capazes de ficar sentadas sossegadas, são muito activas ou irrequietas. Importa perceber relativamente aos problemas sociais, a natureza destes, como por exemplo, se são ao nível do grupo de pares, ao nível familiar, ou por questões intrínsecas à criança.

Os meninos apresentam, valores mais elevados na escala de Comportamento Delinvente, comparativamente com as meninas. De acordo com o CBCL, estes meninos, entre outros aspectos, mentem ou fazem batota, faltam à escola sem razão, cometem actos de vandalismo. Kaplan, Sadock e Grebb (2003), referem que antes da puberdade é aproximadamente duas vezes mais comum os meninos apresentarem este tipo de comportamentos do que as meninas.

Na análise por faixa etária, conclui-se que as crianças mais novas, apresentam valores mais elevados na escala de Isolamento do que as crianças mais velhas. O questionário aponta-nos como algumas das características do isolamento, aspectos como, a criança gosta mais de estar sozinha do que acompanhada, isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros, sente-se infeliz, triste ou deprimida.

No que diz respeito às restantes escalas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas segundo a idade.

Por último, analisando os factores de internalização e externalização, verifica-se que existem 17 crianças com D.A. acima de T63 no factor internalização e 13 crianças no factor externalização. Relativamente à análise comparativa por género destes factores, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre meninas e meninos.



## 6 – CONCLUSÕES

As dificuldades de aprendizagem estão entre os motivos mais frequentes para procura de atendimento psicológico para crianças. Pesquisas sobre crianças com D.A. encaminhadas para o atendimento psicológico têm encontrado altas taxas de problemas emocionais e comportamentais e um prognóstico desfavorável no curso do desenvolvimento quando os problemas de comportamento ocorrem em contextos de adversidade familiar, relacionamento com os pares, entre outros.

A presente investigação pretendeu contribuir para um conhecimento mais profundo das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem e que são acompanhadas na consulta de atendimento psicológico no Hospital Amato Lusitano, de modo a, primeiramente, identificar a existência de indicadores ansiosos/depressivos nessas crianças; e, futuramente, poder contribuir para a elaboração de um plano de intervenção conducente à melhoria dos serviços prestados pelo Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança deste Hospital, relativamente a uma intervenção mais precoce junto destas crianças.

Este estudo mostrou que nesta amostra apenas 9,3% das crianças com dificuldades de aprendizagem apresentaram indicadores de ansiedade/depressão. Concluindo-se que nesta amostra se rejeita a hipótese principal do estudo, crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam indicadores de ansiedade/depressão.

No que diz respeito às restantes escalas, as meninas desta amostra apresentaram as escalas de problemas de atenção e problemas sociais mais elevadas comparativamente com os meninos. Enquanto, os meninos apresentaram maior elevação na escala de comportamento delincente comparativamente às meninas.

Algumas das limitações apontadas ao estudo são o método de recolha de dados dependeu da data das consultas e do comparecimento da criança à mesma; o tamanho da amostra pode ter influenciado os resultados, no sentido de, se existisse a possibilidade de aplicar o CBCL a todas as crianças com dificuldades de aprendizagem que comparecem à consulta de Psicologia no CDDC do HAL, os resultados encontrados poderiam ser diferentes.

Para estudos posteriores seria pertinente aumentar o tamanho da amostra tanto quanto fosse possível, de modo a que esta pudesse ser representativa da realidade clínica. Conhecer os processos escolares destas crianças, no sentido de recolher mais informações relativas ao seu percurso escolar, recolher informações, através de uma entrevista, junto dos professores para ficar a conhecer o comportamento da criança dentro da sala de aula, no intervalo, como

se relaciona a criança com os profissionais da escola e com os colegas. Aplicar o CBCL, o YSR e o TRF e correlacionar os resultados dos mesmos. Aplicar o CBCL ao pai e a mãe das crianças e ver se existe concordância nas respostas ou não, aplicando o instrumento aos dois em separado. Aplicar, YSR às crianças desta amostra para permitir uma análise sobre a perspectiva da criança e a dos pais, relativamente às problemáticas abordadas pelos instrumentos, desta forma possibilitava ver se no presente estudo os resultados se mantinham ou pelo contrário a escala de ansiedade/depressão aparecia mais elevada nestas crianças com dificuldades de aprendizagem.

Este estudo espera contribuir para uma melhoria da qualidade da prestação de serviços do CDDC, uma vez que se conseguiu recolher informações relativamente às crianças com D.A. que acedem a este Serviço, conhecendo algumas das problemáticas associadas a esta patologia permite aos técnicos de saúde estar mais atentos a determinadas problemáticas quando estiverem perante crianças com dificuldades de aprendizagem e deste modo elaborar um plano de intervenção e de prevenção atendendo às problemáticas associadas às D.A. nesta população.

## IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. (1991). Child Behavior Checklist/4-18. Disponível em: <http://www.iprc.unc.edu/>
- Almeida, L. S. e Freire, T (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Psiquilibrios Edições, 4ª Edição.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andriola, W.B., & Cavalcante, L.R. (2007). Avaliação da Depressão Infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 12 (2), 419-428.
- Asbahr, F.R. (2004). Transtornos Ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*. 2 (80), 28-34.
- Assis, S.G., Ximenes, L.F., Avanci, J.Q., & Pesce, R.P. (2007). Ansiedade em Crianças. *Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Rio de Janeiro.
- Bahls, S.C. (2002). Aspectos clínicos da Depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 5 (78); 359-366.
- Bahls, S.C., & Bahls, F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interacção em Psicologia*, 1 (6), 49-57.
- Ballone, G.J. (2003). Depressão infantil. In *psiquweb*, disponível em [www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html](http://www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html)
- Ballone, GJ, (2005). Dificuldades de Aprendizagem, in *PsiqWeb*, Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D., & Dias, R.R. (2001). Estrutura e suporte familiar como factores de risco na Depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. Prof.* 2 (21), 52-61.
- Barbosa, A.A.G., & Barbosa, G.A. (sd). Depressão infantil e fracasso escolar: algo em comum? Publicado em *CiberSaúde*, disponível em: [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=1591](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1591)
- Barros, A.P.R., Coutinho, M.P.L., Araújo, L.F., & Castanha, A.R. (2006). As representações sociais da Depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*. 1 (23), 19-28.

- Bartolomeu, D., Sisto, F.F., & Rueda, F.J.M. (2006). Dificuldades de Aprendizagem na escrita e Características Emocionais de crianças. *Psicologia em Estudo*. 1 (11), 139-146.
- Batista, M.A., & Sisto, F.F. (2005). Estudo para a construção de uma escala de Ansiedade para adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 22 (4), 347-354.
- Borges, A.I., Manso, D.S., Tomé, G., & Matos, M.G. (2006). Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2 (2).
- Borges, A.I., Manso, D.S., Tomé, G., & Matos, M.G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise psicológica*. 16 (4), 551-561.
- Borsa, J.C., & Nunes, M.L.T. (2008). Concordância parental sobre Problemas de Comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*. 40 (18), 317-330.
- Carneiro, G.R.S., Martinelli, S.C. & Sisto, F.F. (2003). Autoconceito e Dificuldades de Aprendizagem na Escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (3), 427-434.
- Carvalho, A.M.P. (2001). Maturidade emocional, locus de controlo e Ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*. 11 (20), 39-47.
- Castillo, A.R.G.L., Recondo, R., Asbahr, F.R., & Manfro, G.G. (2000). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23.
- Cataneo, C., Carvalho, A.M.P., & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1 (18), 39-46.
- Costa, E.R., & Boruchovitch, E. (2004). Compreendendo relações entre estratégias de aprendizagem e a Ansiedade de alunos do ensino fundamental de Campinas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1 (71), 15-24.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e ambiente familiar. *Psicologia em Pesquisa*. 1 (3) 87-100.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicol. esc. educ.* 1 (7), 77-84.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2004). Sintomas Depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 3 (9) 369-378.

- Cunha, B.F.V., Buzaid, A., Watanabe, C.E., & Romano, B.W. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo*. 3 (15) supl A, 1-8.
- Cunha, P.L.M.F. (2008). Dificuldades de aprendizagem: repercussões afectivas, comportamentais e na progressão escolar. *Tese de Doutoramento*. Universidade do Minho.
- Curatolo, E., & Brasil, H. (2005). Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 3 (54), 170-176.
- Duarte, G.D. (2003). Reflexões sobre a teoria do Desenvolvimento da Inteligência Humana, de Jean Piaget. *PGIE/UFRGS*. Disponível em: <http://atlas.ucpel.tche.br/~glaucius>.
- Enumo, S.R.F., Ferrão, E.S., & Ribeiro, M.P.L. (2006). Crianças com Dificuldades de Aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco. *Estudos de Psicologia*. 2 (23), 139-149.
- Fonseca, A.C., Simões, A., Rebelo, J.A., Ferreira, J.A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de Problemas do Comportamento em crianças e adolescentes – O Child Behavioral Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*. 12, 55-78.
- Fonseca, R.C., & Souza dos Anjos, V.M. (2002). Aspectos do relacionamento familiar que causam Depressão infantil: concepção dos psicoterapeutas que actuam na cidade de Belém. *Relatório de Pesquisa à obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia como Trabalho de Graduação*. Universidade da Amazônia.
- Gonçalves, M., & Simões, M.R. (2000). o modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Guilhardi, H.J. (2006). Depressão na infância e na adolescência. Entrevista concedida para a *Revista Mackenzie*. Instituto TCR – Terapia por contingências de reforçamento. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=113>
- Jatobá, J.A.V.N., & Bastos, O. (2007). Depressão e Ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 56 (3), 171-179.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed.). CIDADE: Artmed.

- Leonhardt, C.D., & França, R.M. (2007). As entrelinhas das Dificuldades de Aprendizagem A heterogeneidade na sala de aula. *Revista de divulgação técnico-científica do ICPG*, 11 (3), 25-29.
- Lopes, J.A. (2005). *Dificuldades de aprendizagem da leitura e da escrita – perspectivas de avaliação e intervenção*. Lisboa: Edições ASA.
- Luiz, A.M.A.G., Gorayeb, R., Júnior R.R.L., & Domingos, N.A.M. (2005). Depressão, Ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 3 (10), 371-375.
- Marchiori, A.V., Garcia, P.R., Zuim, P.R.J. Fernandes, A.U.R., & Cunha, L.D.P. (2007). Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e Ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. *RGO*. 55 (3), 257-262.
- Marinho-Araújo, M.M.B.J., & Neves, C.M. (2006). Questão das Dificuldades de Aprendizagem e o atendimento psicológico às queixas escolares. *Aletheia*. 24, 161-170.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo. 3ª Edição.
- Miller, J.A. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil*. São Paulo: M. Books.
- Moro, E.T., & Módolo, N.S.P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 5 (54), 728-738.
- Muñoz, J., Fresneda, M.D., Mendoza, E., Carballo, G. & Pestun, M.S.V. (2005). Descrição, avaliação e tratamento dos Transtornos de Aprendizagem. In V.E., Caballo & M.A., Simón (2005). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Específicos*. Editora Livraria Santos, 159-180.
- Nakamura, E., & Santos, J.Q. (2007). Depressão na infância: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Publica*.
- National Mental Health Information Center (2003). Crianças e adolescentes com Transtornos de Ansiedade. Disponível em: <http://mentalhealth.samhsa.gov/child>.
- Noel, M., & Davis, R.N. (2005). Depression in Children and Adolescents. *The Journal of School Nursing*. 6 (21), 311-317.
- Oliveira, A.S.C. (2008). Ansiedade Infantil e os prejuízos na vida escolar. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao CRDA.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pires, J. (sd). A Ansiedade infantil e audiência aos programas violentos da televisão. *Tese de Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Comunicação Social da Universidade Metodista de São Paulo*.
- Ribeiro, K.C.S., Oliveira, J.S.C., Coutinho, M.P.L., & Araújo, L.F. (2007). Representações sociais da Depressão no contexto escolar. *Paidéia*. 38 (17), 417-430.
- Santos, P.L., & Graminha, S.S.V. (2006). Problemas Emocionais associados ao baixo rendimento académico. *Estudo de Psicologia*. 1 (11), 101-109.
- Schneider, A.C.N., & Ramires, V.R.R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26, 95-108
- Silva, W.V., & Figueiredo, V.L.M. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 4 (27), 329-335.
- Stefanini, M.C.B., & Cruz, S.A.B. (2006). Dificuldades de Aprendizagem e suas causas: o olhar do professor de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental. *Educação Porto Alegre – RS*. 58 (1), 85-105.
- Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta. Dificuldades de Aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvin.
- Suehiro, A.C.B (2006). Dificuldade de Aprendizagem da escrita num grupo de crianças do ensino fundamental. *Psico – Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 1 (7), 59-68.
- Suehiro, A.C.B., & Santos, A.A.A. (2005). O Bender e as Dificuldades de Aprendizagem: estudo de validade. *Avaliação Psicológica*. 1 (4), 23-31.
- Sukiennik, P.B., Segal, J., Salle, E., Plitcher, R.B., Teruchkin, B., & Preussler, C.M. (2000). Implicações da Depressão e do risco de suicídio na escola durante a adolescência. *Adolescência LatinoAmericana*. 2, 36-44.
- Tomé, G., & Gaspar de Matos (2006). Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 1 (2).
- Vianna, R.R.A.B., Campos, A.A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de Ansiedade na infância e na adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira Terapias Cognitivas*. 1 (5).

## Anexos



## Anexo 1. Instrumento utilizado

### Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 4-18 (@ T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)  
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSI, Porto)  
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Ano de Escolaridade : \_\_\_\_\_

Escala Preenchida por: Mãe ☐ Pai ☐ Outro: \_\_\_\_\_ ☐

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou tem sido durante os últimos 6 meses:

-Marque uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho;

-Marque uma cruz (X) no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

-Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marque uma cruz (X) no 0.

Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0= Não verdadeira

1= Às vezes verdadeira

2= Muitas vezes verdadeira

0	1	2	1	Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	2	É alérgico(a) (descreva): _____
0	1	2	3	Discute muito
0	1	2	4	Tem asma
0	1	2	5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
0	1	2	6	Faz as suas necessidades fora da casa de banho
0	1	2	7	É fanfarrão ou gabarola
0	1	2	8	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo
0	1	2	9	Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva): _____
0	1	2	10	Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito activo(a) ou irrequieto(a)
0	1	2	11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	12	Queixa-se de solidão
0	1	2	13	Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)
0	1	2	14	Chora muito
0	1	2	15	É cruel com os animais
0	1	2	16	Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
0	1	2	17	Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18	Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio
0	1	2	19	Exige muita atenção
0	1	2	20	Destrói as suas próprias coisas
0	1	2	21	Destrói coisas da sua família ou de outras crianças
0	1	2	22	É desobediente em casa
0	1	2	23	É desobediente na escola
0	1	2	24	Não come bem
0	1	2	25	Não se dá bem com outras crianças
0	1	2	26	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
0	1	2	27	Tem ciúmes com facilidade, é irrequieto(a)
0	1	2	28	Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
0	1	2	29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____
0	1	2	30	Tem medo de ir para a escola
0	1	2	31	Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal
0	1	2	32	Sente que tem de ser perfeito(a)
0	1	2	33	Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34	Sente que os outros andam atrás dele(a) para o apanharem; sente-se perseguido(a)
0	1	2	35	Sente-se sem valor ou inferior aos outros
0	1	2	36	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	37	Mete-se em muitas lutas/brigas
0	1	2	38	Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	39	Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	40	Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0	1	2	41	É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	42	Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	43	Mente ou faz batota
0	1	2	44	Rói as unhas
0	1	2	45	É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	Tem pesadelos
0	1	2	48	As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	49	Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	50	É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	51	Sente tonturas

0	1	2	52	Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	53	Come demais
0	1	2	54	Cansa-se demasiado
0	1	2	55	Tem peso a mais
			56	Apresenta problemas físicos <u>sem causa médica conhecida</u> :
0	1	2	a	Dores (sem ser dores de cabeça)
0	1	2	b	Dores de cabeça
0	1	2	c	Náuseas, sente enjoos
0	1	2	d	Problemas com a vista (descreva):
0	1	2	e	Irritações de pele/Borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	f	Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	g	Vômitos
0	1	2	h	Outros problemas (descreva):
0	1	2	57	Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	58	Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva):
0	1	2	59	Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	60	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	61	O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	62	Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	63	Prefere andar com crianças/jovens mais velhos
0	1	2	64	Prefere andar com crianças/jovens mais novos
0	1	2	65	Recusa-se a falar
0	1	2	66	Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva):
0	1	2	67	Foge de casa
0	1	2	68	Grita muito
0	1	2	69	É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo
0	1	2	70	Vê coisas que não existem, que não estão presentes
0	1	2	71	Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade
0	1	2	72	Provoca fogos
0	1	2	73	Tem problemas sexuais (descreva):
0	1	2	74	Gosta de se "exibir" ou de fazer palhaçadas
0	1	2	75	É envergonhado(a) ou tímido(a)
0	1	2	76	Dorme menos que a maior parte das crianças
0	1	2	77	Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva):
0	1	2	78	Suja-se ou brinca com as fezes
0	1	2	79	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva):
0	1	2	80	Fica de olhar fixo e vazio
0	1	2	81	Rouba coisas em casa
0	1	2	82	Rouba coisas fora de casa
0	1	2	83	Acumula coisas de que não necessita (descreva):
0	1	2	84	Tem comportamentos estranhos (descreva):
0	1	2	85	Tem ideias estranhas (descreva):
0	1	2	86	É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável
0	1	2	87	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	88	Amua muito
0	1	2	89	É desconfiado(a)
0	1	2	90	Faz palavrões ou usa linguagem obscena
0	1	2	91	Fala em matar-se
0	1	2	92	Fala ou anda durante o sono (descreva):
0	1	2	93	Fala demasiado
0	1	2	94	Arrelia muito os outros

0	1	2	95	Tem birras, temperamento exaltado
0	1	2	96	Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97	Ameaça as pessoas
0	1	2	98	Chupa no dedo
0	1	2	99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	100	Tem dificuldades em dormir (descreva): _____
0	1	2	101	Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)
0	1	2	102	É pouco activo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0	1	2	103	Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	104	É invulgarmente barulhento(a)
0	1	2	105	Consome álcool ou drogas (descreva): _____
0	1	2	106	Comete actos de vandalismo
0	1	2	107	Urina-se durante o dia
0	1	2	108	Urina na cama
0	1	2	109	Choraminga
0	1	2	110	Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	111	Isola-se, não se mistura nem estabelece relações com os outros
0	1	2	112	É preocupado(a)
			113	Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.**  
**SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.**





[illegible]

### Anexo 3. Autorização



01 11017 2010-06-08 16:10:51  
HAL-Secção Informação Documentação

**Universidade da Beira Interior**  
**Departamento de Psicologia e Educação**  
**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**

#### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Para: Exma. Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lurdes Vicente  
Directora da Consulta de Desenvolvimento,  
ULS de Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

*À Dr.ª Eugénia para decisão*  
**ULS - Castelo Branco**  
O Presidente do Conselho de Administração  
*16/6/2010*  
*Subscrevo a*  
*referência da hnd*  
*16/6/2010*  
*Dr. Luís Manuel Correia*

Maria de Fátima Simões, Professora Associada com Agregação do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vem solicitar autorização para que Susana Duarte, aluna do 2º ciclo de estudos – Mestrado em Psicologia desta Universidade realize, no Serviço que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige, o estudo “*Indicadores Depressivos em Crianças com Dificuldades de Aprendizagem*”, investigação que está a desenvolver no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Consideramos ser este um tema de enorme relevância, não só dos pontos de vista académico e científico, como também do ponto de vista clínico. Nesse sentido, os resultados poderão dar resposta a alguns aspectos relativos à sua aplicabilidade na compreensão de factores que possam contribuir para a qualidade da prestação de serviços à criança com diagnóstico de Dificuldades de Aprendizagem.

Com os melhores cumprimentos e estima  
Pede deferimento

*Não vejo inconveniente e*  
*tem todo o interesse para o*  
*Centro de Desenvolvimento Colaborar*  
*nesta área de estudo.*  
*Requero autorização ao Ex. Sr.*  
*Presidente do Conselho*  
*de Administração da*  
*ULS - Castelo Branco.*  
*C. Simões 08/06/10*  
*hnd*

*Maria de Fátima Simões*  
(Doutora Fátima Simões)

Universidade da Beira Interior, DPE, 4 de Novembro de 2009



## **Anexo 4. Consentimento Informado**

### **Consentimento Informado**

#### **1. Título da investigação:**

“Indicadores Depressivos e Ansiógenos em crianças com dificuldades de aprendizagem”.

#### **2. Objectivo da investigação:**

O objectivo principal desta investigação é estudar e analisar a possível existência de indicadores depressivos e ansiógenos em crianças com dificuldades de aprendizagem.

Pretende ainda avaliar a influência ou relação de características sócio-demográficas, percurso escolar e a presença de outras psicopatologias infantis na evolução da sintomatologia depressiva e ansiógena das crianças.

#### **3. Descrição dos procedimentos**

Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a recolha dos dados, preenchendo o Inventário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL).

Lembramos que não há respostas certas ou erradas mas a sua sinceridade é fundamental.

#### **4. Garantia de acesso**

Se tiver qualquer pergunta para fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre este estudo, pode contactar a investigadora – Susana Duarte – através do endereço electrónico: [susana\\_cg\\_duarte@hotmail.com](mailto:susana_cg_duarte@hotmail.com), ou a orientadora desta pesquisa – Prof. Dr<sup>a</sup> Fátima Simões – , professora da Universidade da Beira da Interior, departamento de Psicologia e Educação, através do endereço electrónico: [fsimoes@ubi.pt](mailto:fsimoes@ubi.pt).

#### **5. Garantia de saída**

A sua participação é voluntária podendo interromper a sua colaboração em qualquer momento.



## **6. Direito à confidencialidade**

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo participante, são sigilosas e serão utilizadas para esta pesquisa e para o aumento de informação clínica da criança.

Desde já agradecemos a sua participação